



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

Government
Publications

CA1
-2002
N16

National Report – Canada:

Ten-Year Review of the World Summit for Children



This publication is available online at <<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/>>

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002.

ISBN 0-662-66456-6
Cat. No. H21-165/2001

NATIONAL REPORT - CANADA:
TEN-YEAR REVIEW OF THE WORLD SUMMIT FOR CHILDREN

Submitted to the

Executive Director, UNICEF, in preparation for the United Nations General Assembly Special
Session, September 19 to 21, 2001

Canada



TABLE OF CONTENTS

Foreword.....	ii
1. The Context for Canada's Children in the 1990s.....	1
2. Process for End of Decade Review.....	4
3. Action at the National and International Levels	5
4. Progress in Child Survival, Protection and Development	11
4.1 Status of the Convention on the Rights of the Child	12
4.2 Health and Sanitation.....	13
4.3 Food Security and Nutrition.....	16
4.4 Status of Girls and Women.....	17
4.5 Parenting and Family Well-being	18
4.6 Early Childhood Development, Education, Literacy and Training	20
4.7 Children in Especially Difficult Circumstances	21
4.8 Children in Armed Conflict and Peacebuilding.....	24
4.9 Environmental Protection	26
5. Lessons Learned.....	28
6. Summary.....	30
7. Appendix 1.....	31
8. Appendix 2.....	52
9. Appendix 3.....	58

FOREWORD

Canada is pleased to present its national report to the Executive Director of UNICEF, in preparation for the Special Session on Children of the UN General Assembly, to be held in New York, September 19-21, 2001. Canada, as an initiating country of the World Summit for Children, remains committed to the goals and ideals of the Summit, and looks forward to developing the future priority areas for children in the new millennium.

The report outlines the progress made by Canada in achieving the goals set at the World Summit for Children in 1990, and has been prepared according to the guidelines for the preparation of country reports, issued in 2000 by the Executive Director of UNICEF. As advised by the guidelines, the structure and content of Canada's report is intended to build on reports under international treaties such as the *Convention on the Rights of the Child*, major United Nations Action Plans and reporting exercises, and numerous domestic initiatives related to public accountability, government performance and outcome monitoring. Since the report concentrates on presenting a portrait of the progress made by Canada in achieving the goals of the World Summit for Children, it has drawn from, but does not intend to duplicate these other reporting exercises.

The report does not propose future initiatives for consideration at the Special Session on Children. Rather, Canada will continue to provide input through its active involvement in the work of the United Nations Preparatory Committee for the Special Session.

1. The Context for Canada's Children in the 1990s

In the ten years following the World Summit for Children, Canada has taken a range of actions to enhance the well-being of children. Through these measures and through the collective efforts of Canadians, Canada has made progress with respect to many of the goals set at the Summit. This progress includes a reduction in child and maternal mortality rates and certain childhood illnesses; increased immunization coverage; and enhanced access to information for children. As the decade closes, Canadians remain conscious that while successes for children have been significant, there remains work to be accomplished to ensure the rights, well-being and optimal development of children in Canada and abroad.

The Government of Canada's strategy at the outset of the 21st century focuses on children and youth, knowledge and education, health and the environment, within the context of preparing for the 'new economy'. This focus includes increased maternity and parental leave benefits; a federal-provincial agreement that provides greater support for early childhood development; more after-tax money in the hands of families; more family friendly workplaces; modernization of family law; significant investments in the National Child Benefit; strengthened learning opportunities through an expanded *SchoolNet*; and special attention to the rights of the child in Canada's foreign policy and official development assistance. Certain elements of this plan are described in greater detail below.

During the 1990s, actions to enhance the well-being of children by the Government of Canada have included new legislation and legislative change; policy strategies and action plans; tax measures to benefit families; agreements with provincial and territorial governments; new and enhanced programs; and partnership initiatives with the voluntary and private sectors. This report provides a brief description of some of the key measures taken by the Government of Canada.

Furthermore, during the 1990s, the federal and provincial governments worked together to make investing in children a national priority. This co-operation between governments on behalf of children is a central element in Canada's National Child Benefit (NCB) initiative, the ongoing development of the National Children's Agenda (NCA), and in the recent initiative on Early Childhood Development.* These initiatives are described in detail in Section 3 of this report.

* While sharing the same concerns on early childhood development, Québec does not adhere to the present federal-provincial-territorial document because sections of it infringe on Québec's constitutional jurisdiction on social matters. Québec intends to preserve its sole responsibility for developing, planning, managing and delivering early childhood development programs. Consequently, Québec expects to receive its share of any additional federal funding for early childhood development programs without new conditions.

Unless otherwise mentioned, the report does not describe measures taken by provincial governments, although their impact is captured in the overall portrait provided of the progress made by Canadian children during the 1990s. It is also worth noting that communities and community groups play a significant role in the well-being of children in Canada.

The progress achieved for children in the 1990s took place in a context of high common resolve among Canadians to give special attention to the well-being and development of children and their families. Both in Canada's domestic legislation and the international agreements it supported, the concepts, values and language encompassed in the *Convention on the Rights of the Child* became increasingly common during the 1990s. For instance, the Convention has been influential to legislative developments in the areas of child prostitution, child sex tourism, criminal harassment and female genital mutilation, as well as in the ongoing renewal of youth justice. Also, recent international agreements supported and promoted by Canada – such as the *Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on Involvement of Children in Armed Conflict*; the *Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on the Sale of Children, Child Prostitution, and Child Pornography*; the *Hague Convention on the Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption*; the *Convention on the Prohibition of the Use, Stockpiling, Production and Transfer of Anti-Personnel Mines and on their Destruction*; *ILO Convention No. 182 on the Elimination of the Worst Forms of Child Labour*, and the *Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children*, supplementing the *United Nations Convention on Transnational Organized Crime* – are all examples of concrete international actions which have expanded and reinforced the commitments made under the *Convention on the Rights of the Child*.

In the early and mid-1990s, Canada's public finances were threatened by budget deficits and a high national debt. This situation represented a risk to social programs and to the quality of life of Canadians. As a result, the government acted to review public expenditures and to establish targets for the reduction of budget deficits. Having achieved its deficit reduction targets, the government is able to implement new investments of public expenditures in areas of concern for Canadians.

Canada's federal system of government, with constitutional powers shared between the federal, provincial and territorial governments, and the dual nature of its legal system, encompassing common law and civil law traditions, are two key elements which shape the way government decisions are made. In Canada, all levels of government and First Nations, along with parents, families, communities and the voluntary and private sectors, play key roles in ensuring the well-being of children. For a discussion of Canada's system of government, the judiciary and definitions of terms describing the Aboriginal Peoples of Canada, see Appendix 2.

The country's changing demographic profile also shapes the context for government action for children and families. In particular, with a higher birth rate than the Canadian average, Aboriginal Peoples within Canada represent approximately 3 per cent of the total Canadian population, a percentage that has almost doubled across the country over the last fifteen years. At the outset of the new century, Aboriginal children represent the fastest growing population in Canada.

The Legacy of The World Summit for Children in Canada

Canada was one of six initiating countries that assisted UNICEF in the preparations leading to the 1990 World Summit for Children. Canada was also pleased to have the opportunity to act as co-chair of the Summit, which brought together the Heads of State or Heads of Government of 71 countries and ministerial representatives of 88 other countries. Following the Summit's endorsement of the Declaration and Plan of Action, the Government of Canada initiated a National Plan of Action: a 5-year, multi-sectoral initiative entitled *Brighter Futures*. The initiative was designed to address conditions that put children at risk. Brighter Futures represented a \$500 million investment by the government over 5 years.

Canada also completed a mid-decade review in 1996, outlining the efforts made since the Summit to implement its goals. The review coincided with a larger assessment of the Brighter Futures Initiative, and provided the government with an opportunity to evaluate the impact and effectiveness of the range of initiatives in its Plan of Action.

Along with the many innovative programs that were established following the World Summit for Children, and which remain part of Canada's current commitment to its children, the most significant and lasting legacy of the Summit has been the ratification and implementation of the *Convention on the Rights of the Child*. Since ratification in 1991, Canada has submitted two periodic reports under the Convention. These two reports cover the actions taken by federal and provincial governments up to 1993, and from 1993 through 1997, respectively.

2. Process for the End of Decade Review

Canada's ten-year review of progress since the World Summit for Children has been a process that has engaged voluntary sector organizations involved in issues affecting children, and has encouraged the participation of children and youth. The federal government has also invited the participation of Canada's provincial and territorial governments in this process, through the Federal-Provincial-Territorial Committee of Human Rights Officials. More specifically, provinces and territories have reviewed Canada's National Report and, in some cases, have provided supplemental information that has been included in the body of the report or in an appendix (See Appendix 3).

To involve voluntary sector organizations and children and youth in this review, the federal government has worked in partnership with two Canadian organizations, the Canadian Coalition for the Rights of Children (CCRC) and Save the Children Canada (SCC). Through a process led by the CCRC, voluntary sector organizations will have the opportunity to be actively involved in preparations for the Special Session. They will identify and review priorities in preparation for the Special Session and will contribute to the process of formulating positions on issues to be addressed at the meeting. Second, through a variety of means, including focus groups held in eight sites across the country, participation through the Internet, and through the direct involvement of youth in preparatory meetings and in the September 2001 Special Session, the federal government and Save the Children Canada aim to ensure that Canadian children and youth have an opportunity to have their views heard during Canada's review process, and that following the Special Session, among other activities, they are able to share their stories with other youth in Canada.

Most data presented in this report originates from one of Canada's large population-based surveys, such as the General Social Survey; the National Population Health Survey; the Survey of Labour and Income Dynamics; as well as the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY). Launched in the 1990s, with data first collected in 1994, the NLSCY has begun to provide a more complete picture of the issues facing children, youth and their families in Canada. More information on the NLSCY is given in Section 3 of this report. The present document builds on two Canadian reports under the *Convention on the Rights of the Child*, which provide a comprehensive review of actions taken for children during the 1990s.

3. Action at the National and International Levels

Many important initiatives for children have been launched in Canada since 1990, influenced in part by the attention placed on the rights, well-being and development of children following the World Summit. The Government of Canada, in partnership with the efforts of parents, communities, other governments, and the voluntary and private sectors, contributes to ensuring the optimal development of children. Since 1990, all governments have succeeded in achieving a number of important milestones for children. Below is a list of key actions taken by the Government of Canada. Other equally important initiatives are described in the theme areas in Section 4, while many important emerging actions are described throughout the report.

National Action for Children

There are many different approaches that can be taken to improve the well-being of children. For this reason, federal, provincial and territorial governments have acknowledged the need to develop an integrated approach to the many issues encountered by children and families. Governments in Canada have demonstrated over the last three years that they can work together to help families with children and can take actions ensuring that children can have the basic necessities to grow into healthy, educated and productive members of society.

Drawing from the wealth of research, evidence and experience generated by experts and non-governmental organizations, governments have begun developing the National Children's Agenda (NCA). The NCA is a co-operative effort by governments in Canada to ensure that all Canadian children have the best opportunity to develop their potential. As a first step in the development of the NCA, governments collaborated on a 'shared vision' for Canada's children. The shared vision includes goals for all Canadian children: to be healthy (physically and emotionally), safe and secure, successful at learning, socially engaged and responsible. The vision also identifies six areas in which collaboration by governments could enhance child well-being: enhancing early child development; supporting parents and strengthening families; improving income security for families; providing early and continuous learning experiences; promoting healthy adolescent development; and creating safe, supportive and violence-free communities. Governments sought feedback from Canadians on their vision in the Spring/Summer of 1999 and refined the vision to reflect comments received.

In 1996, the Prime Minister and provincial Premiers identified child poverty as a national priority, and work began by Social Services Ministers to develop an integrated child benefit. The result was the launch of the National Child Benefit (NCB) initiative between federal, provincial, and territorial governments and First Nations in July 1998. The goals of the NCB are to help prevent and reduce the depth of child poverty; promote attachment to the labour market by ensuring that families will always be better off as a result of working; and reduce overlap and duplication by harmonizing program objectives and benefits and simplifying administration. As its contribution to the NCB, the federal government has consistently increased benefits for low-income families with children. For their part, most provinces, territories and First Nations are adjusting social assistance payments for families with children, while ensuring these families receive at least the same level of overall income support from governments. Provinces, territories and First Nations are reinvesting social assistance savings in complementary benefits and services for low-income families with children. In this way the NCB is providing a more secure and

uniform level of basic income support, benefits and services for children in all low-income families across Canada, whether these families are working or receiving social assistance.

Canada will therefore make a third significant investment in the National Child Benefit for low-income families with children, bringing the total increase in child benefits for low-income families to \$2.5 billion annually by 2004. Once fully implemented, total federal child benefits will reach about \$9 billion annually, compared to about \$5 billion in 1996. Maximum federal child benefits will rise to \$2,500 for the first child and \$2,300 for each additional child. Middle-income families will also receive increased support. In all, changes to federal child benefits will assist nine out of ten Canadian children.

Work is also underway to address a number of recent commitments made by the Government of Canada with respect to children and families. For example, as of December 31, 2000, maternity and parental benefits will double from the current six months to one full year, and the leave available to adoptive parents will triple, from 10 weeks to 35 weeks. Families with children will receive tax relief averaging 27 per cent by the time the 2000 budget measures and measures announced in the October 2000 Economic Statement are fully in place.

Furthermore, on September 11, 2000, First Ministers, with the exception of the Premier of Québec, issued the *"First Ministers' Meeting Communiqué on Early Childhood Development."* The Communiqué makes improving early childhood development (ECD) a national priority and commits federal, provincial and territorial governments to work together to improve services and supports for children up to six years of age. This initiative represents concrete action on early childhood development, one of the key policy areas identified in the National Children's Agenda. In support of the agreement reached by First Ministers, the Government of Canada will transfer \$2.2 billion to the provinces and territories, via the Canada Health and Social Transfer, over the next five years. This contribution, plus additional contributions from provinces and territories, will be invested in four priority areas to: promote healthy pregnancy, birth and infancy; improve parenting and family supports; strengthen early childhood development, learning and care; and strengthen community supports.

These investments will translate into better access to early childhood development services such as pre-natal classes and screening, pre-school programs and child care, and parent information and family supports. Each provincial or territorial government will be able to tailor its early childhood development services to better meet the needs of Canadian children. Regardless of the range of investments they choose, governments have agreed to report publicly on their investments and the results for children and families.

Supported by research that demonstrates the importance of health and social investments during the early years of life, the government has introduced and enhanced a number of initiatives to help Canadian children develop to their full potential. Federal programs such as the Community Action Program for Children (CAPC), the Aboriginal Head Start Program (AHS) and the Canadian Prenatal Nutrition Program (CPNP) recognize the importance of early childhood development, parental involvement and education, cross-sectoral approaches for children's well-being, and partnerships with other governments, non-governmental agencies and communities. These community-based programs reach over 100,000 Canadian children and parents in over 1,000 communities each week.

In the ten years since the World Summit for Children, Canada has placed itself in a leadership position with respect to knowledge on early childhood development. Through such initiatives as the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY), Understanding the Early Years (UEY), and Child Care Visions (CCV), the federal government has development mechanisms for monitoring early childhood development, helping policy makers decide which policies and programs best support children and their families.

The NLSCY is a research program that tracks the health and well-being of a large sample of Canadian children over the long term. It will provide the government with a better understanding of the factors that contribute to positive child development, and will be used by governments to develop and evaluate a wide range of policies and programs targeted at children and youth.

At the community level, UEY is a research initiative that focuses on children under the age of six and involves teachers, parents, guardians and community agencies. It helps communities understand how their children are doing and how best to respond to their needs. With this information, communities can put in place specific action plans that will help their children—both before and after they enter school—to reach their full potential. *Child Care Visions* is a national child care research and development contributions program. The goal of the program is improving the quality of child care by studying the adequacy, outcomes and cost-effectiveness of current child care practices and service delivery models.

All Canadian children must be able to share in the collective benefits of meeting the World Summit goals. Throughout the last decade, the Government of Canada worked to enhance the well-being of Aboriginal peoples, including Aboriginal children. The *Inherent Right Policy* (1995) recognizes the right of Aboriginal peoples to govern themselves in key areas of responsibility. In response to the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP), *Gathering Strength: Canada's Aboriginal Action Plan* (January 1998) seeks to renew partnerships, strengthen Aboriginal governance, develop a new fiscal relationship between Aboriginal governments and institutions, and support communities, people and economies. Measures announced as part of *Gathering Strength* include a Statement of Reconciliation by Canada, formally acknowledging and regretting historic injustices; community healing to address the effects of physical and sexual abuse in the residential schools system; an Aboriginal languages program; an on-reserve Aboriginal Head Start program; resources to increase the number of adequate housing units on reserve; and additional resources to address the inadequacies of water and sewer facilities on reserve.

A young person's right to access information from a wealth of sources is an important element of the *Convention on the Rights of the Child* and the goals of the World Summit for Children. Contributing to the fulfilment of this right, the federal government established Canada's *SchoolNet* in 1993, a collaborative effort to connect all Canadian public schools and public libraries to the Internet by March 31, 1999. This goal was achieved, making Canada the first nation in the world to connect all its schools and libraries. The project brings together provincial and territorial governments, universities and colleges, education associations, the information technology industry and other private sector representatives. Canada's *SchoolNet* will enhance the access of Canadian children to information promoting their rights, well-being and development.

International Action for Children

Throughout the decade, the rights of children have been a priority within Canada's foreign policy and official development assistance. Canada has been a leader in promoting the rights of children throughout the world and in ensuring their survival, development and protection from exploitation and abuse. Canada has effected change by creating and sustaining constructive bilateral relationships with other countries and through cooperative efforts with international agencies such as UNICEF and by encouraging partnerships with both Canadian and developing country NGOs and other members of civil society. Key international initiatives supported by Canada include initiatives for war-affected children and for reducing poverty and debt among developing countries.

The Government of Canada will continue to maintain its commitment to the world's children. In April 2000, Canada and Ghana co-organized a Conference on War-Affected Children in West Africa, which produced a comprehensive Declaration and Plan of Action addressing the range of problems faced by war-affected children. Canada carried this approach to the International Conference on War-affected Children that took place in Winnipeg in September 2000. Following the Winnipeg Conference, the government is committed to timely, effective follow-up and implementation of the *Agenda for War-Affected Children*, agreed to at the Ministerial level meeting attended by over 40 ministers and representatives from 132 governments. Canada has also agreed to form a steering committee, including Ghana, the Secretary General's Special Representative for Children in Armed Conflict and UNICEF, to move the international momentum generated at the Winnipeg Conference forward to the United Nations Special Session on Children and beyond. Canada, as one of the six initiating countries of the World Summit for Children, is actively participating in the preparations for the UN Special Session for Children and the subsequent new global agenda for children for the next 10 to 15 years.

The Canadian International Development Agency (CIDA) plays a key role in ensuring Canada meets its commitments to promote rights and improve the lives of children in developing countries and countries in transition. Many development efforts benefit children by improving the well-being of their families and communities. Canada also supports projects that directly benefit children. In 1996-97, CIDA supported 156 projects (with direct or indirect impact on children) in the areas of child and maternal health, immunization, basic education, micronutrient deficiencies, institutional capacity-building in favour of the *Convention on the Rights of the Child*, and improved protection for children.

The goals of the World Summit for Children placed a special emphasis on the most basic human needs of children, including their health and nutrition. Since the 1980's, Canada has been a strong supporter of international immunization and efforts in universal immunization, in particular the eradication of polio and the elimination of measles. During the 1990s, Canada provided approximately \$14 million per year in financial support for international immunization efforts. Moreover, CIDA continues to fight priority childhood diseases such as malaria, pneumonia and tuberculosis, through such cost-effective interventions as insecticide-treated bed nets for malaria and improved access to diagnosis and treatment. CIDA has also been the co-founder and lead donor to the Ottawa-based Micronutrient Initiative, the lead bilateral donor to salt iodization programs, and a lead donor to fortify foods around the world with vitamin A, iron and other vitamins and minerals.

On September 5, 2000, Canada's Minister of International Cooperation unveiled *Social Development Priorities: A Framework for Action*. The Framework outlines how Canada will bolster and strengthen programming devoted to four priority areas of social development — health and nutrition, basic education, HIV/AIDS, and child protection — with gender equality as an integral part of all these priority areas. The Framework will also strengthen Canada's international aid programming by building on existing expertise in these priority areas and by implementing new and innovative approaches to development. Over the next 5 years \$2.8 billion will be budgeted for these 4 priorities.

Children are a key beneficiary group of the health and nutrition, education and HIV/AIDS components of CIDA's Social Development Priorities. For example, the *Health and Nutrition Action Plan: Draft for Consultation*, will have a strong emphasis on child nutrition and health. Because of the known relationship between inadequate diet and disease, child survival, growth and development requires special attention to improvements in nutritional status. Canada will continue to work with international health initiatives such as the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), Roll Back Malaria (RBM) and the Global Stop Tuberculosis Initiative (STB). Also, CIDA's *HIV/AIDS Action Plan* will put greater emphasis on children infected with and affected by HIV/AIDS, such as orphans. Programming will focus on providing shelter and schooling, supporting early childhood development projects, strengthening networks within the children's communities and promoting best practices, including child to child and participatory research approaches. The *Basic Education Action Plan: Draft for Consultation*, in addition to targeting efforts to eliminate gender disparities by 2005, will focus on strengthening the access and quality of universal primary education with a special emphasis on girl child education.

If all children are to benefit from the goals set at the 1990 World Summit, more attention must be paid to those children who need special protection and who may not be reached by mainstream development programs. The *Child Protection Action Plan* focuses on child labourers, war-affected children, children in conflict with the law or in the care of the state, disabled children, street children and children from ethnic minorities. Over the next five years CIDA will invest \$122 million on programming for these children. Initially, over the next two years, CIDA will concentrate on child labour and war-affected children. As part of the Agency's commitment to developing new approaches to development assistance programming, a \$2 million fund for research on child protection has been established over the next five years to support innovative research in this often overlooked area.

High debt burdens represent a critical obstacle to poverty reduction in many developing countries, especially of Sub-Saharan Africa. Debt payments displace spending on health, education and other social sectors.

Canada has been at the forefront in urging a swift and decisive approach to debt relief for the world's poorest countries both multilaterally and bilaterally. Canada recently challenged donors at the annual meetings of the IMF and World Bank to place an immediate moratorium on debt service payments from Heavily Indebted Poor Countries (HIPC). In December 2000, the Government of Canada announced its own moratorium on debt repayments from eleven heavily indebted poor countries, with debts to Canada amounting to \$700 million. The debt from these countries will be officially written off as they complete the HIPC process. In addition, Canada has contributed \$215 million to the debt relief trust funds at the IMF and World Bank to ensure timely debt relief. Canada is helping the poorest countries by committing to forgive 100 percent of the commercial bilateral debt owed by all nations qualifying for debt relief and making real efforts to reduce poverty and to improve governance.

Canada has always encouraged increased involvement by developing countries in a rules-based multilateral trading system, and recognizes that developing countries need assistance in building their trade-related capacity. Canada champions the view that social justice and environmental policy issues need to be addressed in tandem with trade liberalizing initiatives and other economic growth strategies if long-term poverty alleviation is to be sustainable. This approach applies to Canada's participation in the WTO, the FTAA, and other regional and bilateral trade fora. It will treat these issues as priorities in future trade negotiations. Free and fair trade make an important contribution to the growth and sustainability of developing economies, and to poverty alleviation throughout the developing world. Active Canadian participation in the World Trade Organization (WTO) underscores the Government of Canada's determination to see agreement on common rules to govern business transactions around the world. To reap the benefits of trading internationally, all players must know and agree to operate by the same rules in global markets. They must balance trade goals with a commitment to social justice and a sustainable world ecology.

4. Progress in Child Survival, Protection and Development

This section begins with a brief demographic portrait of Canadian children, followed by a profile of Canadian progress on each of the Summit's goals. A summary of this progress is presented in statistical format, in Appendix 1.

Demographic Profile of Canadian Children

Canadian children are a diverse group that makes up slightly more than one-quarter of the total Canadian population. They come from varied ethnic, religious, linguistic, and cultural backgrounds; they grow up in families with disparate levels of social and economic resources; and they live predominantly in urban centres. The *Convention on the Rights of the Child* defines a child as a person who is below the age of 18 years. For statistical purposes, this report considers children and youth as those who are 18 years and under, unless otherwise specified.

In the last decade of the millennium, Canada's demographic profile has undergone change. Between 1997 and 1999, there was a slight decline in the total number of children aged 0 (newborn) to 19 years in Canada: from 8,016,468 in 1997 to 7,979,251 in 1999. Children in this age group currently represent 26.2% of the total Canadian population. Almost 2 million of these children are under the age of 5; more than 4 million are between the ages of 5 and 14; and slightly more than 2 million are between the age of 15 and 19. The proportion of children aged 0 to 14 years in terms of total population varies by province/territory, ranging from a low of 18% in Newfoundland to a high of 38% in Nunavut, with the majority of Canadian children (78%) living in urban settings. The proportion of children as a percentage of the total Canadian population has declined since 1961 and is projected to continue to decline in the future: 25% in 2001, 24% in 2006, 22% in 2011, and 21% by the year 2016.

Canada's natural growth rate declined substantially between 1990 and 1995, from 7.7 to 5.7 per 1,000 population. The natural growth rate accounted for 47% of the population's growth in 1996, while immigration accounted for the remaining 53%. Nearly 5% of the children under age 15 were born outside Canada, and two-thirds of immigrant children live in the major urban centres of Montreal, Toronto, and Vancouver.

In addition, the structure of the Canadian family has also changed over the past decade. The proportion of lone parent families has increased from 20% in 1991 to 22% by 1996. The majority of lone parent families (83%) were headed by a woman. The average size of families in Canada has remained relatively stable in the 1990s; in 1997, the average family size in two-parent families was 3.1 persons and 2.5 persons in lone-parent families. Of the 5.5 million Canadian children up to age 13 in 1996, 84% lived with two parents and 16% lived with one parent.

In 1996, there were 280,415 Aboriginal children under the age of 15 living in Canada, representing 35% of all Aboriginal people identified in the census that year. When the Aboriginal children and youth populations (0 to 24 years) are combined, they represent 53% of all Aboriginal people. These 424,000 Aboriginal young people constitute 5% of all Canadian children under age 15 and 4% of youth aged 15-24. The status Indian population is expected to increase at a rate of 2.1% per year over the next five-year period beginning in 1996. This growth rate compares to the general Canadian growth rate of 1.2% over the same period.

4.1 Status of the Convention on the Rights of the Child

Canada ratified the *Convention on the Rights of the Child* in December 1991. Since that time, significant progress has been made in ensuring its broad and continued implementation in Canada.

For its part, the Government of Canada has shown a commitment to using the Convention as a guide for improving the lives of children. First, the federal government reviews all new federal legislation for its compliance with Canada's international human rights commitments, including its obligations under the *Convention on the Rights of the Child*. Also, the government has worked in partnership with an umbrella organization of Canadian voluntary associations, the Canadian Coalition for the Rights of Children, to systematically assess Canadian compliance in implementing the Convention. This exercise of monitoring the Convention's implementation goes beyond law to include the effectiveness of policies and programs for children. This non-governmental report will contribute to improved decision-making and outcomes in all sectors. In addition, the government has employed the Concluding Observations issued by the Committee on the Rights of the Child as a tool to assess which new initiatives have had a direct or indirect effect on children, and also an opportunity to emphasize certain subjects raised by the Committee in subsequent reports. Finally, with the Government of Alberta providing its official support for the *Convention on the Rights of the Child* in 1999, the Convention now enjoys the support of all jurisdictions within Canada.

Since its ratification, attention given to the Convention as a practical tool to ensure the rights of children has been both substantial and diverse. Non-governmental organizations (NGOs), municipalities, youth organizations, researchers, judges, advocates, governments, schools, police and professional associations have made the Convention relevant to their settings by developing training workshops, concrete plans for the participation of youth, school curricula for the primary and post-secondary levels, monitoring mechanisms to judge government performance and child and youth-friendly versions of the Convention to more easily share its content with young Canadians. They have built strong networks and lasting partnerships through the Convention.

In 1993, the Parliament of Canada adopted November 20 as *National Child Day*, as testament to the importance of children for both the present and the future of the country. The selection of the date was inspired by the adoption of the *Convention on the Rights of the Child* by the United Nations General Assembly on November 20, 1989. Since 1994, the Government of Canada has developed and disseminated educational and promotional materials to encourage schools, community groups, families and others who work with children across the country to mark this day. A *National Child Day Activity Guide* was created to assist youth, community groups, child care workers, schools, parents and others who work with children organize and promote National Child Day events. From 1994 to 1999, circulation of the Guide doubled, from 12,000 to 24,000 copies. In addition to the conventional distribution of the Guide, there were 8,200 individual users who accessed the National Child Day website between 1999 and 2000. During the month of November 1999, there were 2,600 individual users who accessed the website, up from 1,800 in November of 1998.

In 1999, UNICEF Canada, in conjunction with Elections Canada, administered a national election on the rights of youth based on the *Convention on the Rights of the Child*. The election aimed to promote an understanding of Canada's electoral process among youth and to heighten understanding of and commitment to children's rights among both adults and children in Canada. *It's Your Voice: National*

Election for the Rights of Youth took place nation-wide where young people in over 1 100 primary and secondary schools voted for the right they felt was the most important to them. Students in all provinces and territories cast a total of 187, 757 votes. Results of the vote showed that students perceived family (24% of the total votes), food and shelter (20% of the total votes) and health (11% of the total votes) as the three most important rights.

4.2 Health and Sanitation

From 1990 to 2000, progress was made in the health of Canadian children, and for the majority of these children, their health status remained excellent. Important challenges remain, however, in addressing the most persistent conditions of risk, and acting in other crucial areas to ensure optimal health for all populations of Canadian children. Particular challenges remain in relation to certain vulnerable populations and to Aboriginal children, the child population most at risk of poor health and social outcomes.

The factors that contribute to the health of children are wide-ranging. They can be as diverse as family income, social supports, education, access to health services, physical and social environments, biology and genetic endowment, gender and culture. The series of health indicators presented in this report offer a certain portrait of Canada's children, defined by the goals set at the World Summit for Children. A range of research and reporting initiatives, from the *National Longitudinal Survey of Children and Youth* to the *Report on the Health of Canadians*, contribute to a more comprehensive and constantly evolving portrait of the health status of Canadian children.

Two broadly recognized indicators of child health, and of a nation's health more generally, are the infant and child mortality rates. Canada has shown progress in both areas since 1990. First, the child mortality rate, the number of deaths among children from birth up to 5 years per 1000 live births, has fallen by one-third between 1990 and 1998, from a rate of 9 to a rate of 6. Similarly, the infant mortality rate, the number of deaths among children under 1 year per 1000 births, has also declined from 6.8 per 1000 live births in 1990 to 6 in 1998, following a low of 5.5 in 1997. These results are similar to those obtained by other industrialized countries. The current trend in Canada in both these areas appears to be a significant and steady reduction in infant and child deaths. With the ongoing efforts of governments, voluntary organizations and all Canadians, Canada is likely to see further progress in infant and child mortality levels. Among First Nations populations in Canada, there have also been significant improvements in infant mortality rates over the last two decades: the rate has fallen from 28 per 1,000 live births in 1979 to 11.98 in 1994. While progress has been made, however, the current rate remains approximately double that of the Canadian population as a whole.

Another important public health measure, low birth weight, has increased slightly over the ten-year period, but remains well below the World Summit goal of 10%. Between 1990 and 1996, the percentage of live births that were registered as less than 2.5kg increased from 5.4% (6.0% for males and 5.1% for females) to 5.8%. Through a range of programs, the Government of Canada remains committed to supporting pregnant women most likely to experience unhealthy birth outcomes, including low birth weight. When assessing perinatal health, it is equally important to consider the components of low birth weight: fetal growth and pre-term birth. The increased incidence of pre-term birth in Canada and other industrialized countries is among the most important perinatal health challenges facing industrialized countries.

Many of the most basic human needs remain at the foundation of children's healthy development, in both developing and developed countries. This is the case for the accessibility of safe drinking water and the sanitary disposal of sewage. In Canada, 99% of the population has access to safe drinking water. However, this high level of access does not mean that Canadians are complacent about the safety of drinking water. As a recent outbreak of E-coli in Walkerton, Ontario illustrates, governments and all Canadians must remain vigilant to maintain the accessibility and quality of drinking water for today and the future.

Collaborative efforts between governments at all levels help to address the local environmental needs of communities. The Government of Canada has recently concluded agreements under the Infrastructure Canada program with every province and in partnership with municipal governments. The priority of the program is to invest in 'green' municipal infrastructure projects that include projects related to water and wastewater systems, water management, solid waste management and recycling, and capital expenditures to retrofit or improve the energy efficiency of buildings and facilities.

Safety of drinking water and sanitary disposal of sewage has most particularly been a concern among First Nations communities. While progress remains to be made, access to safe water and sanitation for First Nations has improved over the past 10 to 15 years. The government continues to work with First Nations and Aboriginal communities to enhance access to safe water and sanitation on-reserve.

Immunization has proven to be an effective and accessible means for the prevention of numerous potentially fatal diseases. In Canada, rates of immunization coverage have remained high throughout the 1990s. First, the proportion of two-year-old children immunized against diphtheria, pertussis and tetanus (DPT) has risen slightly from 82.3% in 1994, to 83% in 1998. Second, immunization coverage against polio among two-year olds has fluctuated but remains high, from 90% in 1996, to 86% in 1997 and returning to 90% in 1998. Third, coverage for measles at two years of age reached 93.6% in 1998, up from 91.4% in 1995. Effective immunization efforts show results in healthier outcomes for children. From 1994 to 1998, the annual number of measles cases among children under five years fell by 97.7%, from 523 cases in 1994 to 12 cases in 1998. Mass catch-up campaigns and the implementation of routine two-dose measles immunization programs across Canada in 1996 account for this decreased incidence.

Health outcomes among children linked to environmental factors have recently been identified as a growing concern for many developed countries, including Canada (See section 4.9—Environmental Protection). One of the clearest examples of this has been in the incidence of asthma among Canadians under 20 years of age. Among this group, 8% had asthma in 1990 compared to 12.2% in 1996-97. While the precise factors causing this increase are still being explored, the government is committed to taking action on this issue, and to working in partnership with other governments, health professionals, research and voluntary organizations in order to reach effective solutions.

Substance abuse remains an important health issue affecting Canadian children and youth. Although the regular use of alcohol among youth is on the decline, tobacco and drug use remains high or has increased. Female rates of tobacco and drug use have dramatically increased and surpassed those of the males in the same cohort. Weekly consumption of alcohol among grade 10 students declined significantly over the decade, with the percentage of male students in grade 10 consuming alcohol at least once a week declining from a high of 30% in 1990 to 18% in 1998. A similar decline in female consumption patterns occurred over the same period, declining from 19% in 1990 to 10% in 1998. However, in 1998, 93% of males and 92% of females in grade 10 had tried alcohol. In comparison, tobacco use among Canadian youth has remained relatively high over the past decade, especially among females. This trend is opposite to the declining percentage of the adult population who smoke. Between 1994 and 1998, the percentage of female students in grade 10 who smoke daily has remained constant at 21%, and fallen from 16% to 15% for males. However, the percentage of students in grade 10 who had tried smoking increased from 58% to 61% (males) and from 64% to 66% (females) between 1994 and 1998.

During the 1990s, there has been a shift in the overall portrait of HIV/AIDS in Canada. In 1999, there was an estimated 49,800 people in Canada living with HIV infection, including those living with AIDS, compared with an estimated 40,100 at the end of 1996. However, during the 1990s, there has been an overall decrease in the total number of AIDS cases in Canada. This decrease is similar to the situations in other developed countries.

Since 1980, there have been a total of 197 AIDS cases among children 0 - 14 years, of which 153 were attributed to perinatal transmission. HIV prevalence studies among pregnant women indicate a provincial rate for Canada of about 1-4/10,000. The number of new cases reported each year is declining with 12 new cases reported in 1996, down from its peak of 27 in 1995. Among Canadian youth aged 10 to 24 years, 600 AIDS cases were diagnosed, representing 3.5% of the total 16,913 cases reported by December 1999. Of the 45,534 positive HIV tests reported by the end of 1999, 597 or 1.5% were youth aged 15 to 19 years. HIV prevalence and incidence data show highest risk among street youth and youth who inject illicit drugs.

At the end of 1999, an estimated 6,800 women were living with HIV infection, an increase of 48% from the 1996 prevalence estimate of 4,600. In 1999, women accounted for 14% of the prevalent HIV infections compared to 11% in 1996. The number of newly infected women remained just below 1,000 cases per year in both 1996 and 1999 (950 and 917 respectively). In 1999, 54% of all new HIV infections among women were attributed to intravenous infection and 46% were attributed to the heterosexual exposure category.

Action at the national level has been undertaken through a National HIV/AIDS Network for Children, Youth and Families. The Network creates supportive environments for children, youth and families through information sharing, support groups, research and mentorship to organizations that serve them. The Network adheres to the principles of participation, quality of life and development, protection and non-discrimination for children, youth and families living with HIV/AIDS.

4.3 Food Security and Nutrition

While a comprehensive portrait of the food security and nutritional status of Canadian children and families is not complete, a number of findings offer valuable insight. First, the National Longitudinal Survey of Children and Youth indicates that in 1994, 1.2% or 57, 000 Canadian families reported having experienced hunger because of a lack of food or money. Also, Canada has seen an increase in the use of food banks during the 1990s: approximately 726,000 Canadians used a food bank in March 2000, twice the amount as for the same month in 1989. Children living in families who used food banks represented approximately 40% of total users. None of these figures alone, however, present a complete profile of those Canadians whose food security may be at risk. Ongoing work is required in Canada to properly assess children's nutritional status and family food security.

The Summit's goals related to strengthening child and family food security and enhancing the nutritional status of children have provided the government with an opportunity to assess the effectiveness of initiatives in this area for children. Through priorities established by federal, provincial and territorial governments, and multi-sectoral strategies such as *Canada's Action Plan for Food Security and Nutrition for Health: An Agenda for Action*, action is being taken to address the diverse set of factors contributing to the food security and nutrition of children and families, including food safety, agriculture, nutritional education, trade and family income support (for further information on income support, see especially Sections 3 and 4.5).

In the area of child obesity, reliable information regarding young children (from ages 0 to 5 years) does not exist in Canada. For school-aged children, available data has not been updated during the 1990s. Existing data, however, indicates that the proportion of children in grades 4 and 9 (approximately 9 years old and 14 years old, respectively) who are overweight or obese increased in Canada over the 10 years from 1981 to 1991. In 1981, 14% of girls and 18% of boys were obese. In 1991, in comparison, 24% of girls and 26% of boys were overweight or obese. A similar phenomenon has been observed in other industrialized countries. More research is required in Canada to better understand the factors that contribute to healthy nutritional outcomes for Canadian children.

The promotion of breastfeeding has long been seen as a first step in ensuring a healthy childhood. While there is a considerable range of data on initiation and duration of breastfeeding in Canada, rates come from a variety of sources and are often based on varied definitions of breastfeeding, from initiation to maintenance over a given period, usually from 2 to 6 months. For instance, in 1990, 43% of women 15 years old and over reported having breastfed their child. In comparison, in 1994, the proportion of children under 2 who were ever breastfed was 69%. In addition, it is also known that the proportion of new mothers breastfeeding their babies at the time they left the hospital has increased from 73% in 1994 to 79% in 1996-97. Despite statistical variations, then, data suggests that Canada has recorded progress in the proportion of women who are choosing to breastfeed their children. In July 1999, the Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins Hospital in Quebec was designated Canada's first Baby Friendly Hospital according to the WHO-UNICEF international program. The Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) aims to protect, promote and support breastfeeding and thereby the health and well-being of mothers and their babies.

4.4 Status of Girls and Women

Gender equality is a fundamental element of Canada's domestic and foreign policies. It is based on the principle that women's rights are an essential and inherent component of progress on overall human rights and democratic development; and that sustainable and equitable development will only be achieved if women are able to participate as equal partners and decision-makers in the sustainable development of their societies.

Canada participated in the United Nations General Assembly Special Session, "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the 21st Century." This meeting adopted by consensus a Political Declaration and Outcomes document on "Further Actions and Initiatives to implement the 1995 Beijing Declaration and Platform for Action" (PFA). Canadian objectives for the Special Session included: advancing the human rights of women and girls throughout their lives; ensuring the diversity of women's experiences are respected and valued; and building partnerships with civil society, other governments and international organizations.

Traditionally, girls and women in Canada have been the family members primarily responsible for maintaining the home and caring for children and ill or elderly family members. Women's role in the family, as guardians of the health of family members and as primary caregivers in most instances, is not always well recognized. While there have been recent improvements in employment prospects and income equality for women, they remain primarily responsible for daily unpaid household work and increasingly for paid work.

Important progress has been made in achieving better access to education for Canadian women. Overall, women's level of education has risen. In 1997-98, women represented 55% of all full-time university students, 51% of all Master's degree students, and 43% of all doctoral students. Young women continue to be under-represented in math and physical science courses and in engineering and applied sciences (29% and 22% respectively).

During the 1990s, Canada has made progress in reducing maternal mortality—the number of deaths among women from pregnancy-related causes—often an indicator of high quality, safe and accessible health care services and facilities for women. Canada has a maternal mortality rate that is among the lowest in the world, falling from 6 per 100,000 live births in 1990 to 4 in 1995.

The proportion of women aged 15-49 who are using or whose partner is using a contraceptive method has remained stable over the past two decades. From 1980 to 1994, as well as from 1990 to 1999, the rate was approximately 73%. Women's familiarity with some of the most common forms of contraceptives—oral contraceptives and condoms—is also very high in Canada. In 1998, 94% of Canadian women aged 15 to 44 reported being familiar with oral contraceptives, while 91% reported being familiar with condoms.

In addition, the total fertility rate – the average number of live births per woman having reached the end of her child bearing period – has also remained generally stable. From 1990 to 1997, the rate decreased slightly from 1.7 births per woman to 1.6. Population trends among Aboriginal populations in Canada have followed a similar pattern to other social and demographic trends. While Aboriginal Canadians have made significant progress, social outcomes remain behind the Canadian population as a

whole. The Status Indian population recorded a slight decrease in the total fertility rate for 1996. However, population projections from 1997 to 2005 suggest that the Aboriginal population will grow by 1.7% yearly, a rate higher than the Canadian rate of 1.1%. On reserves, the population is projected to grow by 2.3% over the same period.

Finally, during the past decade, there has been an increase in the median age of Canadian women at the time of their first pregnancy. The largest proportion of women in Canada have their first baby between the ages of 25 and 29. For instance, in 1993, 34.9% of women were aged between 25 and 29 years during their first pregnancy, while 28.9% were aged between 30 and 34 years. In 1996, the percentage of women aged 30 to 34 years had increased to 30.3%.

4.5 Parenting and Family Well-being

Family life is a critical element in the healthy development and well-being of children. In the decade since the World Summit for Children, some important improvements can be observed: family income is on the rise; and parent-child interaction remains a priority for the majority of parents. While there have been improvements for Canadian families, further action is needed to address the problems that adversely affect family life and child well-being.

Parent-child interaction in the home continues to be of importance to Canadian parents, according to data from the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY). Between 1994 and 1996, the number of parents who felt that good school grades are very important increased. By another measure, a correspondingly high percentage of parents check or help with their child's homework. Moreover, Canadian parents are increasingly using alternative means of disciplining their children. Data from the NLSCY indicates that the number of children whose parents never use physical punishment increased significantly between 1994 and 1996 in all age categories up to age 13. For example, in 1996, 64% of children aged 2 to 11 lived with parents who never used physical punishment, having increased from 56% in 1994.

The economic status of the average Canadian family has improved over the past decade. Family income rose significantly between 1997 and 1998: average after-tax family income was \$49,626 in 1998, up 3.7% from 1997, higher than the pre-recession peak of \$48,807 in 1989. The increase is also the strongest annual increase since 1989. The after-tax income in 1998 for two parent families with children under 18 was \$55,074, up 4.7% from the year earlier; while lone-parent families averaged \$26,279 after transfers and taxes, a 7.2% increase over the same period. Studies have also shown, however, that the average Canadian family requires 75.4 weeks on the job at an average wage to cover basic annual expenses. As a result, Canadian families require significantly more than one full-time income in order to meet their average annual expenditures.

Research shows that an increasing number of Canadian parents are entering the labour force. In 1998, 72% of children in two-parent families had both their parents working outside the home. In comparison, 68% of children in lone-parent families had their parent working outside the home, up 7% from 1995. Also, Canadian parents are spending more of their time on paid and unpaid work, including a range of activities associated with employment and household tasks. In 1998, married men and women (aged 25-44) with children who were employed full-time spent approximately 43% of their time on paid and unpaid work, while lone-parent mothers (aged 25-44) spent 45% of their time on the same duties. Between 1991 and 1998, there

was a 6% increase in the number of workers with dependants who reported excess tension due to work/family conflicts.

Over the course of the 1990s, progress in reducing poverty among families with children in Canada has been mixed, with some recent improvements being coupled with increases over the decade as a whole. First, with increased co-operation on measures addressing low-income among families and children, the collective actions of federal, provincial and territorial governments are bearing fruit. In recent years, there has been a reduction in the number of children living in low-income families. In 1998, 14.1% of Canadian children lived below Statistics Canada's low-income cut-offs **, a reduction from the 1997 level of 16.3%. However, levels of children living in low-income have not dropped as significantly as in previous economic recoveries. In addition, among certain population groups, poverty has proven to be more widespread. Aboriginal children, for example, experience a significantly higher incidence of poverty than the general Canadian population.

Reducing domestic poverty is an ongoing priority of the Government of Canada. As a result of funding increases between 1996 and 2001, maximum annual benefits under the National Child Benefit for a family with two children will increase by 79 per cent from \$2,540 to \$4,544. Provincial-territorial and First Nations reinvestment and additional investment will reach \$600 million in 2000-01 with these funds directed to a range of programs including child benefits, extended health care coverage, child care and children-at-risk services.

While most Canadian families faced increased economic and time pressures, the majority of families continued to cope well, and by some measures, seem to have improved. In 1996, 93% of Canadian children up to age 13 lived in families that functioned well, defined by a family's ability to cope with everyday problems, to communicate, and to interact with each other. By this definition, only 7% of families were considered to be having difficulty functioning, a slight improvement over 1994.

A growing body of scientific research suggests that success in a child's early years is a key to long-term healthy development. Building on this knowledge, and to assist parents in balancing work and family responsibilities, the Government of Canada has made a commitment to give parents the opportunity to take more leave from work to spend more time caring for their new-born or newly adopted children in the critical first year of their life. Parental leave under the Employment Insurance (EI) program will be extended and benefits made more flexible and more accessible effective January 1, 2001. The EI program currently provides up to six months of maternity and parental leave benefits. The replacement rates for those benefits range from 55 per cent of insurable earnings up to a maximum of 80 per cent for low-income families eligible for the Family Income Supplement. The federal government has proposed that the maximum amount of child-related leave be doubled to one year. Benefits will be made more accessible by reducing the entrance requirements from 700 hours of insurable hours of work to 600. Parents receiving benefits will also be allowed to work approximately one day per week without seeing

** It should be noted that Canada has no official poverty measure. The most widely used proxy of poverty is Statistics Canada's low-income cut-offs (LICO), a relative measurement, which establishes a dollar figure below which a family is considered to be living on a low income. The LICO presented here is calculated using after-tax income.

their benefits reduced. The extended benefits will be available to parents with a child born or adopted on or after December 31, 2000.

4.6 Early Childhood Development, Education and Literacy

As is the case with health care, access to early childhood initiatives, education and literacy create and expand opportunities for children to develop to their full potential and to become active, participating members in the society in which they live.

Early Childhood Development

For Canadian families, new federal, provincial and territorial investments made possible by the Early Childhood Development Initiative (See Section 3) will ultimately mean better access to services such as pre-natal classes and screening, pre-school programs and child care, and parent information and family support. This will complement the current availability and variety of early childhood care and educational programs such as nursery schools, playgroups, day-care centres and mom and tot programs that Canadian children already enjoy. In 1994-95, there were 192,000 (39%) children aged 2 to 3 attending some form of early childhood care and education programs. For older children, the number attending educational programs is even greater. In 1996-97, 513,000 (64%) children 4 and 5 years of age attended kindergarten, 198,000 (25%) attended some form of early childhood care and educational programs, and 85,000 (11%) remained at home.

The Government of Canada continues to help parents offset the cost of childcare through the Child Care Expense Deduction. The 1998 budget increased the Child Care Expense Deduction in the personal income tax system from \$5,000 to \$7,000 for children under age seven and from \$3,000 to \$4,000 for children age 7 to 16.

The First Nations/Inuit Child Care Program was introduced in 1995, and has created or improved 7,000 quality child care spaces on reserve and in Inuit communities. The program is managed and delivered by First Nations and Inuit peoples, with financial support from the Government of Canada of \$41 million per year.

Education and Literacy

Under provincial government law, education is mandatory in Canada, in most cases up to a secondary level that corresponds to children 14 to 18 years old. With respect to primary school, Canada enjoys a high percentage of children entering first grade of primary school who eventually reach grade 5. From 1986 to 1993, this rate was 96%, and it increased to 99% during the 1990-1995 period. Similarly, the proportion of children of primary school age enrolled in primary school is also high, although a slight decrease can be observed since the mid 1980s. From 1993-1995, 96% of males and 94% of females of primary school age were enrolled in primary school. Factors such as improved data collection, estimates in non-census years and technical changes to the definition of schooling may have contributed to this observed decline.

The Government of Canada introduced a new initiative to improve access to post-secondary education and minimize student debt loads upon graduation. The Canada Education Savings Grant

(CESG) provides an incentive for individuals to save in Registered Education Savings Plans (RESP). The grant provides an additional 20 per cent up to \$400 per year on the first \$2,000 saved each year in an RESP for Canadian children aged 0-17. Its aim is to encourage families to prepare their children from an early age for the financial, social, and academic aspects of post-secondary education. Since the inception of the program, the number of RESP contracts has more than doubled and the number of beneficiaries has been increasing steadily. By March 2000 15% of Canadian children were beneficiaries of an RESP and 1.1 million beneficiaries were receiving grant. Savings in RESPs increased from \$2.4 billion in 1997 to \$6 billion by the end of 1999, a 150% increase in assets. CESG is delivered in co-operation with the financial services industry and several Government of Canada departments.

Status Indians realized steady gains in educational achievement between 1991 and 1996, both on and off-reserve. The total number of on-reserve children enrolled in kindergarten, elementary and secondary schools increased by 37 per cent between 1988-89 and 1998-99. More Status Indians are completing their education. For Status Indians the percentage with university degrees increased from 2.0 per cent in 1991 to 3.0 per cent in 1996. The number of Status Indians and Inuit enrolled in post-secondary institutions almost doubled between 1988-89 and 1998-99. The post-secondary enrolment rate for Status Indian population aged 17-34 remained constant from 1994-95 to 1997-98. In 1996, of the Status Indian population 15 years and over attending school, 80.5 per cent were attending full-time - 10 per cent more than the total Canadian population.

Literacy skills are essential for full participation in today's world. The education and literacy of parents can have a positive impact on a child's educational achievement. Canada generally enjoys a high rate of adult literacy, and in 1995 reached a proportion of 97% among the population aged 15 years and older who are able to read and write a general statement about their everyday life.

4.7 Children in Especially Difficult Circumstances

The range of situations which describe children "living in especially difficult circumstances" is diverse. These situations go far beyond those described in this section, and include children who are sexually exploited, refugee children, children in care of the state, the sale and trafficking of children, and others. What is common to all of these children is that they experience situations that represent an obstacle to, or that serve to compromise, their rights, well-being and development. Effective government action can serve to reduce the impact of these difficult circumstances on children, emphasize prevention by working with those children at risk of experiencing those difficult circumstances, or employ a combination of these approaches.

Aboriginal Children

The differences in socio-economic conditions between Status Indians, Status Indians living on-reserve and the total Canadian population are apparent both within First Nations communities and throughout the larger population of Canada. The gap continues to narrow, however, between these groups. An improvement toward narrowing the earnings gap was realized between 1990 and 1995. For Status Indians living on-reserve, an increase was noted for those who completed trades or non-university training between 1991 and 1996. Within the Status Indian population, women's employment earnings as a percentage of men's rose between 1990 and 1995. For statistics regarding the educational achievement of Aboriginal People, see Section 4.6. In other areas, important challenges to progress still remain. In a study

of a First Nation community in Manitoba, Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect rates were estimated at 10 to 30 times the world wide incidence. Also, First Nations children were five times more likely to be in the care of Child and Family Service (CFS) agencies than the national average in 1996-1997. The ratio of on-reserve Status Indian children in care to on-reserve Status Indian children aged 16 and under has remained stable for the last five years. Finally, suicide among Aboriginal people is three times the rate for non-Aboriginal people. Suicide rates for First Nation females aged 15 to 24 years are eight times higher than the national rate among females of the same age cohort. For some examples of measures taken by the Government of Canada with respect to Aboriginal People, see Section 3 "Action at the National Level."

Children in Care

Canada as a whole does not have a uniform definition of a "child in care", since the reason a child may be taken into care varies between provincial/territorial jurisdictions. Generally children taken into care are children who, as a result of abuse and/or neglect, have had provincial or territorial child welfare authorities assume responsibility for them on a temporary or permanent basis.

In March 1990, there were approximately 30,180 children in care (excluding data from the province of Quebec, which was not available). In March 1999, there were approximately 41,940 children in care (excluding data from the province of Quebec). Estimated data from that province has only become available as of March 1998 – the most recent data indicates that there are 20,510 children in care in Quebec, giving a Canada-wide total of 62,450 children in care for 1999.

Children with Disabilities

Examples of human rights legislation in Canada point to the need to reasonably accommodate disabled persons, including children. Over the past 10 years, there has been a small change in the proportion of Canadian children with disabilities. In 1991, the proportion of Canadians under 19 years who had an activity limitation or disability was 7.2%. By 1996-1997, this proportion had risen to 7.7%. In First Nation communities, disability rates are twice the national average. Action on behalf of persons with disabilities is an ongoing priority of governments across Canada. Recent actions by the federal government for Canadians with disabilities have included enhancements to educational grants, housing loans and grants, employment assistance and a range of tax credits.

Sexually Exploited Children

Combating the sexual exploitation of children is a responsibility that is shared in Canada by several levels of government and numerous non-governmental agencies and organizations. The Government of Canada, through the work of a federal interdepartmental committee, is developing and promoting a Canadian strategy in response to the Declaration and Agenda for Action from the *First World Congress Against Commercial Sexual Exploitation of Children* held in Stockholm in 1996. The strategy includes child participation, prevention, protection, recovery/reintegration, information collection and dissemination, international cooperation and follow-up. The committee issues and updates a report listing federal government activities that work to eliminate the commercial sexual exploitation of children. One

of the most important elements of Canada's national strategy is opening and maintaining channels of communication.

In May 1997, Bill C-27 amended the *Criminal Code* to allow for the Canadian prosecution of persons who engage in child sex tourism in foreign countries and to facilitate the apprehension and prosecution of persons who seek out the services of juvenile prostitutes in Canada. The Bill also provides for a mandatory minimum sentence of five years imprisonment for any person living off the avails of a child prostitute, and who uses violence against the person under that age and assists that person in carrying on prostitution-related activities for profit.

The federal government has initiated a consultation process through the Federal-Provincial-Territorial Continuing Committee of Officials on Human Rights to examine any necessary implementation measures for the *Optional Protocol on the Sale of Children, Child Prostitution and Child Pornography* for federal, provincial, and territorial jurisdictions, with a view to Canada's future signature and ratification of this instrument.

Children, Youth and Work

Exploitative work, or any work that places the development or education of a child at risk, is not considered to be a domestic challenge in Canada. Legislation exists in Canadian provinces restricting work by children under a given age, in most cases under the age of 14 or 15 years. The Government of Canada also places restrictions on employment of children under 17 years in federal workplaces. In all of these statutes, emphasis is placed on restricting all work that interferes with the required schooling of children under provincial law.

The proportion of youth aged 15 to 19 who participated in the labour force in Canada decreased from 59% (males) and 56% (females) in 1990 to 48.1% (males) and 46.6% (females) in 1996, and most recently remained stable with a slight increase, at 48.3% (males) and 47.9% (females) in 1998. The majority of these work situations are rewarding, giving young people access to a range of new experiences and information on their personal and career development from a variety of sources. These experiences promote rather than challenge children's rights.

Canada is nonetheless conscious of the threat of exploitative child labour both domestically and internationally, and is committed to taking relevant action to prevent and address the harmful employment of children. To this end, Canada ratified *ILO Convention No. 182 on the Elimination of the Worst Forms of Exploitative and Child Labour* on June 6, 2000, following consultations with provinces and territories as well as with employers' and workers' organizations. The Convention calls for the elimination of the worst forms of child labour such as all forms of slavery (including debt bondage and the forced recruitment of children for use in armed conflict), the use of children for prostitution, pornography, and drug trafficking, and work which is likely to harm the health, safety or morals of children.

At the time of ratification, Canada announced that it would provide \$15 million over 5 years (\$3 million per year) to the International Labour Organization (ILO) for programs on the elimination of child labour. Three million dollars of this amount has already been targeted to the Statistical Information and Monitoring Program on Child Labour (SIMPOC), an ILO program aimed at assisting 50 member

countries to generate comprehensive data on all forms of child labour in order to improve understanding of the problems in order to better target efforts at its elimination. Over the next four years, funding in the amount of \$12 million will continue to be directed at ILO programs aimed at eliminating child labour.

4.8 Children in Armed Conflict and Peacebuilding

Among the most urgent objectives for human security is the protection of war-affected children. In the past decade, almost two million children have been killed in armed conflict, more than four million disabled and more than one million orphaned. Over 10 million children have been psychologically scarred by the trauma of abduction, detention, sexual assault and the brutal murder of family members.

Their plight is a central concern for Canada's foreign policy. For this reason, Canada played a leadership role in the negotiation and adoption of the *Optional Protocol to the Convention on the Right of the Child on Involvement of Children in Armed Conflict*, Canada was the first country to sign and ratify the *Optional Protocol* in June and July 2000, respectively. In taking this initiative the federal government worked in consultation with the Department of National Defence to amend Section 34 of the *National Defence Act* (Bill S-18) to entrench into law the Canadian Forces' policy precluding persons under the age of 18 from deployment to hostile theatres of operations. Canada will continue to promote the *Optional Protocol's* wide ratification and implementation internationally, in order to expedite its rapid entry into force and to put a stop to the compulsory recruitment and deployment of child soldiers.

As part of these efforts, Canada hosted over 800 delegates at the first ever International Conference on War-Affected Children, in Winnipeg, from September 10 to 17, 2000. Youth participation was a key objective and success of this conference. The youth delegates began with their own closed sessions and then participated as full delegates in both the Expert and Ministerial level conference meetings. The Experts meeting, which brought together governments, NGOs, researchers, representatives of media and the private sector and youth, came up with a number of forward-looking recommendations for action by different actors in the international community. Key themes that emerged from the conference included: the importance of education in overcoming many of the challenges faced by war-affected children both in terms of rehabilitation as well as peacebuilding; conflict prevention; the relationship between HIV/AIDS, conflict and children; the need to end impunity and increase accountability; the resilience of youth and the important role that youth must play in reconstruction and peacebuilding. The Ministerial-level meeting attended by over 40 ministers and representatives from 132 governments, resulted in endorsement by governments of an international Agenda on War-Affected Children. A steering committee has been established to guide and monitor the follow-up to the international conference. In addition, the outcomes of the conference will contribute to the United Nations General Assembly Special Session on Children.

In April 2000, Canada and Ghana co-hosted the Conference on War-Affected Children in West Africa, which demonstrated how key actors can commit to action across the range of problems faced by war-affected children. Through existing bilateral, regional and multilateral networks, Canada is an active player amongst a growing number of countries committed to war-affected children, and is working to mainstream this issue within the UN system, the OAS, the OSCE, the OAU, and the Economic Community of West African States (ECOWAS). Within regional organisations, Canada has been a strong advocate for the establishment of child protection focal points. Within the UN, Canada supports the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict and United Nations agencies, in particular UNICEF and the UNHCR. In the Security Council, Canada has identified the issue of war-affected children as a key element in initiatives to promote the protection of civilians in armed conflicts, and has strongly supported Security Council initiatives to incorporate the needs of children into peace support operations and peacekeeping training.

Since 1995, the Canadian International Development Agency's (CIDA) International Humanitarian Assistance has provided over \$25 million for activities focused directly on children affected by armed conflict. Other projects have been carried out by CIDA's bilateral country programs in collaboration with Canadian-based NGOs and other organizations such as UNICEF and the Red Cross. Projects have also been funded through the Canada Fund for Local Initiatives in collaboration with local NGOs. In addition, CIDA has supported the work of the Office of the Special Representative of the Secretary General for Children and Armed Conflict, encouraging collaboration with other UN agencies and offices; has produced *A Programming Framework for Children Affected by Armed Conflict*, which provides guidance in program development; and has compiled *A Survey of Canadian Programming Experience with Children Affected by Armed Conflict* which profiles the experience of Canadian partners with children affected by conflict by sector (health, education, etc.) and geographic focus.

Canada, in cooperation with several other states and non-governmental organizations, played a leading role in initiating and bringing into force the *Convention on the Prohibition of the Use, Stockpiling, Production and Transfer of Anti-Personnel Mines and on Their Destruction*. Canada views the Convention as the most appropriate framework for addressing the global scourge of anti-personnel mines and in ensuring the eventual elimination of this indiscriminate weapon. Canada was the first country to sign and ratify this Convention in December 1997.

The *Anti-Personnel Mines Convention Implementation Act* -- the legislation implementing the *Convention on the Prohibition of the Use, Stockpiling, Production and Transfer of Anti-Personnel Mines and Their Destruction* -- received Royal Assent on November 27, 1997. The Act prohibits the development, production, acquisition, possession, transfer, stockpiling and placement of anti-personnel mines and requires the Government of Canada to destroy anti-personnel mines stockpiled by Canada (although the destruction of stockpiles was completed prior to the Act being approved by Parliament).

In 1998, Canada established a five-year fund to support programming consistent with the aims of the Convention. To date, Canada has disbursed millions of dollars from this fund to support mine clearance and related survey activities, victim assistance and mine awareness programs in every mine-affected region in the world. In addition, Canada has provided funding to the international non-governmental community to support sustainable activity leading to the eventual universalization of the new international norm suggested by the Convention.

4.9 Environmental Protection

There is growing evidence that many children's health problems are caused or exacerbated by environmental pollution, and that children's exposure to environmental hazards are different and often greater than those of adults. The developing fetus, infants and children are in a state of rapid growth, with cells multiplying and organ systems (such as the brain, liver, and immune systems) developing at faster rates than at any other time in life. Environmental toxins disrupt these complex processes and can cause illness, disabilities, and premature death. Children have a higher intake of air, water and food in relation to their body weight, which may have a tendency to result in the disproportionate impact of environmental hazards.

Environmental protection, sustainable development, and the environmental health of children are high priorities for the Government of Canada. The Government of Canada has undertaken several initiatives to address issues surrounding children's environmental health. In 1997, Canada signed the Miami Declaration along with other G8 countries, which addressed methods for risk assessment and standards setting, lead, microbiologically safe drinking water, endocrine-disrupting chemicals, environmental tobacco smoke, and air quality. Also, Canada supported in principle the 1999 European Ministers Declaration sponsored by the WHO that includes commitments to children's health and the environment. More recently, Canada committed to developing a long-term cooperative agenda with Mexico and the U.S. to address issues pertaining to children's environmental health, under the North American Commission for Environmental Cooperation.

The Government of Canada is also committed to furthering inter-sectoral cooperation and to working with NGO's to address children's environmental health. In 1996, the federal government, along with representatives from a variety of organizations, the private sector, and academia, participated in a program launched by the Canadian Institute of Child Health (CICH), which included a National Symposium, research and education on children's health and the environment. In the summer of 2000, the Government of Canada hosted the workshop "Our Children, Our Health: Towards a Children's Environmental Health Agenda" to identify priority areas for action.

Environmental hazards have been linked to most of the leading causes of deaths, illnesses and hospitalizations for Canadian children (age 0-19 years), including low birth weight and birth defects, unintentional injuries, cancer, sudden infant death syndrome (SIDS), respiratory infections, and asthma. Over the past 20 years, there has been a fourfold increase in the childhood prevalence of asthma, with 12% of Canadian children (aged 0-19) now experiencing asthma, and 29,000 children being hospitalized each year. In addition, exposure to tobacco smoke in the home is responsible for a variety of health issues for children. In Canada, 33% of children under 12 are regularly exposed to tobacco smoke in their home. Further, children's exposure to polluted water, pesticides, organic pollutants, and other chemicals may have serious developmental effects to their endocrine and immune systems.

Some improvements have been made in relation to the levels of toxins in the environment. Canada has reduced blood lead levels for children and adults to rank among the lowest for developed countries: from 11.9 micrograms per litre in 1984 to 3.5 micrograms per litre in 1992. Carbon dioxide emissions have also been reduced in Canada. Between 1989 and 1994, the per capita carbon dioxide emissions from fossil fuel combustion have fallen from 16.55 tonnes to 15.65 tonnes.

There remains a need for coordinated, integrated and comprehensive research to determine the precise nature of the relationship between environmental hazards and children's health. The Government of Canada has committed to developing and implementing measures to address children's environmental health issues, and will continue to do so in the future.

5. Lessons Learned

Actions taken for children in the last 10 years have given Canada a range of important experiences involving what interventions are most effective and how government action should best be structured for children.

The first lesson learned that can be applied to future initiatives for children is that *effective action for children requires heightened coordination across government departments and among governments*. In addition to being a major finding in the evaluation of the Brighter Futures initiative, improved coordination within and among governments is relevant to numerous other initiatives where program goals are multi-sectoral and varied, as are children's needs. In Canada, responsibility for the well-being of children is shared within the federal government by numerous relevant departments. As mentioned earlier, responsibility is also shared among federal, provincial and municipal governments who each play distinct and complementary roles in supporting children and families. There is a continuing need to enhance interdepartmental cooperation within the Government of Canada to improve the effectiveness of actions taken for children.

With regard to the effectiveness of various government actions for children, experience has shown that *strong, broad-based social investments, coupled with an additional focus on prevention among children most at risk*, can improve the well-being of children and offset the effects of poverty and inequality. A sustainable health care system, accessible to all Canadian children, remains the most important investment in the health of Canadian children. Equally important for child development is the accessibility and quality of public education. These universal programs are often complemented by more specific initiatives aimed at those at risk of not reaching optimal levels of health and development. Together, universal and targeted approaches allow governments to reach all citizens, and to give special attention to those who are in greatest need.

Throughout the decade of the 1990s, significant attention has been given to child and family poverty in Canada. Throughout this time, addressing the causes and lessening the impact of low income for families with children has been a priority of the Government of Canada as well as of the provincial and territorial governments. As described in greater detail in Section 4, while actions taken have been extensive, results have been varied. The experience of the 1990s has shown that *a complex mix of factors leads to poverty* and that a broad combination of actions, addressing the full range of a child's development, is required to address poverty's impact on children and families. This comprehensive approach to addressing poverty has influenced government action, and is apparent in measures described throughout this report and in particular sections 3 and 4.5.

A young person's right to have a say in decisions that affect him or her is recognized by the *Convention on the Rights of the Child*. Canada has integrated principles of youth participation in initiatives related to community and economic development, youth health, environmental protection, youth justice, sexual exploitation, international development and the promotion of cultural diversity. These initiatives have generated important lessons about the most appropriate and effective ways to facilitate participation by young people, and the need to further advance the involvement of youth. Among these, it has been seen that *peer role models, young adult resource persons, and child-to-child techniques* are effective means to enrich the participation of children; that *youth learn best "by doing"*, by

participating actively and directly rather than being told what to do; that once they are involved, *youth tend to move on to broader community affairs, multiplying the benefits of their initial involvement* throughout their community; and that for participation to work, *youth must be able to express their opinions and their creativity freely.*

A child's diverse needs are fulfilled by many actors, but as the *Convention on the Rights of the Child* indicates, parents and family play the primary role in providing the care and nurturing needed for healthy physical, moral, social and spiritual development. Through its many initiatives for children, Canada has come to understand *the importance of parental and family involvement*. It seeks to apply this principle so that parents are able to support their children, and equally so that governments are able to find effective ways to assist parents in their role.

Beyond the roles played by parents, families and governments, there is a broad and rich diversity of actors who affect children's well-being. *Governments have learned that facilitating partnerships across this diversity of actors is a powerful tool in developing innovative approaches to meet childrens needs.* Partnerships involving different levels of government, municipalities, voluntary sector organizations, professional associations, schools and the private sector are found in such areas as health, child safety, community development, recreation, arts and culture, education and in facilitating youth participation.

Important lessons have also been learned with regard to ensuring the well-being of the Aboriginal Peoples of Canada. The Aboriginal population is subject to national economic trends and fluctuations. In addition, the relative isolation of many First Nations communities constrains economic opportunities. *Improving income security provides more opportunities for Aboriginal Peoples.* For example, as part of the Government of Canada's Aboriginal Action Plan, *Gathering Strength*, the Aboriginal Human Resource Development Strategy creates full partnerships between the federal government and Aboriginal communities. Aboriginal agreement holders under the Strategy are enabled to design and deliver labour market programming, child care initiatives, and job readiness programming to help ensure Aboriginal Canadians have access to labour market opportunity, and access thus to improved standards of living.

Second, *increasing the capacity for Aboriginal institutions to provide care and nurturing of children in their own community* reinforces culturally appropriate demonstrable growth in community capacity. Working in partnership with Aboriginal organizations and communities, steps will be taken to help improve the health and social outcomes and public safety of Aboriginal children. By expanding programs directed towards Aboriginal children and families and working with Aboriginal organizations and communities, appropriate solutions can be developed to address the specific and pressing needs of Aboriginal children.

6. Summary

The Government of Canada is committed to the goals of the World Summit for Children, and since 1990 has taken a range of actions to implement the rights and enhance the well-being of children. Through the collective efforts of Canadians and all levels of government, Canada has made progress with respect to many of the goals of the World Summit, and will continue to work in Canada and abroad to ensure that the Summit's ideals are realized.

Canada's efforts with respect to achieving the goals of the World Summit have included actions to improve children's security, safety, health and development, and to promote the implementation of their rights under the Convention on the Rights of the Child. Some specific initiatives undertaken by governments have included improving early childhood development; expanding immunization coverage; increasing children's access to information through the Internet; strengthening the protection of children living in especially difficult circumstances; and increasing economic support for children and their families. While progress has been achieved in these and other areas, there remains a need to work together toward ensuring and enhancing the well-being of Canada's children and the children of the world.

Future action for children will be informed by the principles of the Convention on the Rights of the Child, and will build on the many lessons learned from the experiences of communities, voluntary associations and governments over the past decade. The wealth of these experiences and commitments will serve to strengthen Canadians' efforts to ensure the well-being, protection and participation of children and youth into the new millennium.

Appendices

Appendix 1.

GLOBAL INDICATORS FOR MONITORING PROGRESS AT END-DECADE

Progress Report for Canada

Note: In Appendix 1, "N/A" is used when indicators are "not applicable", especially those which are most relevant to developing countries. In those sections where the symbol "-" is used, it is to indicate either that statistics are not officially compiled or that national surveys or other data collection methods do not exist for the given indicator. "Alternate indicators" are comparable indicators that will be used when the specific indicators requested are unavailable or not collected.

	Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
1	Reduction of infant and under-five child mortality rate by one-third or to 50 and 70 per 1000 live births respectively, whichever is less.					
	<i>Under-Five Mortality Rate</i>	Probability of dying between birth and exactly five years of age, per 1000 live births.	9	7	1998 - 6	33.3% decrease
	<i>Infant Mortality Rate</i>	Probability of dying between birth and exactly one year of age, per 1000 live births 31.	6.8	5.6	1997 - 5.5 1998 - 6	19% decrease
		First Nations: 11.2	1994 - 11.98	-		7% increase

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000	
2	Reduction of maternal mortality rate by half					
	Maternal Mortality Ratio (MMR)	Annual number of deaths of women from pregnancy related causes, when pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, per 100,000 lives births.	6	1995- 4	Less than 5 per 100,000 births in the 1990s	33.3% decrease
3	Reduction of severe and moderate malnutrition among under-five children by half					
	Underweight prevalence	Proportion of under-fives who fall below minus 2 and below minus 3 standard deviations from median weight for age of NCHS/WHO reference population.	N/A	N/A	N/A	
	Stunting prevalence	Proportion of under-fives who fall below minus 2 and below minus 3 standard deviations from median height for age of NCHS/WHO reference population.	N/A	N/A	N/A	
	Wasting prevalence	Proportion of under-fives who fall below minus 2 and below minus 3 standard deviations from median	N/A	N/A	N/A	

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
	weight for height of NCHS/WHO reference population.				
4	Universal access to safe drinking water.				
	Use of safe drinking water	Proportion of population who use any of the following types of water supply for drinking: (1) piped water; (2) public tap; (3) borehole/pump; (4) well (protected/covered); (5) protected Spring	- First Nations: 1987-88 - 82% of houses on First Nations Reserves had adequate water supply.	- 1996-97 - 96.1% houses on First Nations Reserves had adequate water supply.	1998 - 99% Access to adequate safe water within a convenient distance from the user's dwelling.
5	Universal access to sanitary means of excreta disposal				
	Use of Sanitary means of excreta disposal.	Proportion of population who have, within their dwelling or Compound: (1) toilet connected to sewage system; (2) any other flush toilet (private or public); (3) improved pit latrine; (4)	1987-88 - 72% First Nations reserves had sewage disposal	1996-97 - 91.5% First Nations reserves had sewage	19.5% increase

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
	traditional pit latrine.	systems.	disposal systems.		
6	Universal access to basic education, and achievement of primary education by at least 80 per cent of primary school-age children through formal schooling or non-formal education of comparable learning standard, with emphasis on reducing the current disparities between boys and girls.				
<i>Children reaching grade 5</i>	Proportion of children entering first grade of primary school who eventually reach grade 5.	1986-93 - 96%	-	1990-95 - 99%	3% increase
<i>Net primary school enrolment ratio</i>	Proportion of children of primary school age enrolled in primary school.	1986-92 - males 99 females 98	-	1993-1995 - males 96 females 94	3% decrease 4% decrease
<i>Net primary school attendance rate</i>	Proportion of children of primary school age attending primary school.	-	-	-	
7	Reduction of the adult illiteracy, with emphasis on female literacy.				

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
<i>Literacy Rate</i>	Proportion of population aged 15 years and older who are able, with understanding, to both read and write a short simple statement on their everyday life.	1990 - 97%	1995 - 97%	-	No change
8	Provide improved protection of children in especially difficult circumstances and tackle the root causes leading to such situations.				
<i>Disability Screening</i>	Estimated percentage of children 0-12 who have been screened for one or more disabilities by a certified screening body.	-	-	-	
<i>Total child disability rate</i>	Proportion of children aged 5-14 years with some reported physical or mental disability.	1991 - 7.2% (child 0- 19 yrs)	-	1996-97 - 7.7% had activity limitation or disability between birth and 19 yrs.	Data not comparable

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
9	Special attention to the health and nutrition of the female child and to pregnant and lactating women				
<i>Under-five mortality rate</i>	Probability of dying between birth and exactly five years of age, per 1000 live births	see #1 above			
<i>Underweight prevalence-male/female</i>	Proportion of under-fives who fall below minus 2 standard deviations from median weight for age of NCHS/WHO reference population	N/A	N/A	N/A	
<i>Antenatal care</i>	Proportion of women aged 15-19 who attended at least once during pregnancy by skilled health personnel	N/A	N/A	N/A	
<i>HIV Prevalence</i>	Proportion of AIDS cases among adult women. Number of adult AIDS cases, disaggregated by gender.	<1990 - 5.6% AIDS cases among adult women. 1990 - Female: 64 Male: 1,347	1994 - 7.7% AIDS cases among adult women. 1994 - Female: 131 Male: 1,556	1999 - 16.3% AIDS cases among adult women. 1999 - Female: 41 Male: 208	10.7% increase
<i>Anaemia</i>	Proportion of women aged 15-19 with haemoglobin levels below 12 grams/100 ml. blood for non-pregnant	N/A	N/A	N/A	

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
	women and below 11 grams/100 ml. blood for pregnant women				
10	Access by all couples to information and services to prevent pregnancies that are too early, too closely spaced, too late or too many.				
<i>Contraceptive Prevalence</i>	Proportion of women aged 15-49 who are using (or whose partner is using) a contraceptive method (either modern or traditional)	1980-94 - 73%	-	1990-99 - 73%	No change
<i>Fertility Rate for women 15-19</i>	Number of live births to women aged 15-19 per 1000 women aged 15-19	1991-25.98	1995-24.49 1996-22.34	1997-20.19	22% decrease
<i>Total fertility rate</i>	Average number of live births per woman who has reached the end of her child bearing period.	1990 - 1.7	1996 - 1.6	1997 - 1.6	Decrease 5.9%
11	Access by all pregnant women with access to pre-natal care, trained attendants during childbirth, and provide care and attention in cases of high-risk pregnancies and obstetric emergencies.				
<i>Antenatal Care</i>	Proportion of women aged 15-49 attended at least once during pregnancy by skilled health personnel.	N/A	N/A	N/A	
<i>Childbirth care</i>	Proportion of births attended by skilled health personnel	1983-93 - 99%	-	1990-97 - 99%	No change

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
	<i>Obstetric care</i>	-	-	-	
	Number of facilities providing comprehensive essential obstetric care per 500,000 population. Number of facilities providing basic essential obstetric care per 500,000 population.				
12	Reduction of the low birth weight (less than 2.5 kg) rate to less than 10 per cent.				
	<i>Birth weight below 2.5 kg.</i>	1990 - 5.4% 1991 - 5.6%	1995 - 5.7% 1996 - 5.8%	-	0.4% increase
	Proportion of live births that weigh below 2500 grams.	1990 - Males 6.0% Females 5.1%	1995 - Males 6.1% Females 5.3%		0.1% increase 0.2% increase
13	Reduce Iron Deficiency Anaemia (in Women) by One-Third of the 1990 levels				
	<i>Anaemia</i>	N/A	N/A	N/A	
	Proportion of women aged 15-49 with haemoglobin levels below 12 grams/100ml blood for non-pregnant women, and below 11 grams/100ml blood for pregnant women.				

	Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
14	Virtual elimination of iodine deficiency disorders					
	Iodized salt consumption	Proportion of households consuming adequately iodized salt.	N/A	N/A	N/A	
	Low urinary iodine	Proportion of population (school age children or general population) with urinary iodine levels below 10 micrograms/100ml urine.	N/A	N/A	N/A	
15	Virtual elimination of vitamin A deficiency (VAD) and its consequences, including blindness.					
	<i>Children receiving vitamin A supplements</i>	Proportion of children 6-59 months of age who have received a high dose vitamin A supplement in the last 6 months.	N/A	N/A	N/A	
	<i>Mothers receiving vitamin A supplements</i>	Proportion of mothers who received a high dose vitamin A supplement before infant was 8 weeks old.	N/A	N/A	N/A	
	<i>Low vitamin A</i>	Proportion of children 6-59 months of age with serum retinol below 20 micrograms/100ml.	N/A	N/A	N/A	
16	Empowerment of all women to breast-feed their children exclusively for four to six months and to continue breast-feeding, with complementary food, well into the second year.					

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
Exclusive breast-feeding rate	Proportion of infants less than 4 months (120 days) and less than 6 months (180 days) of age who are exclusively breast-fed.	1990 - 43% (15 and older) women breast-fed their child.	1994-95 - 73% national initiation rate.	1996-97 - 79% (15-49) of women breast-fed.	Data not comparable
Timely complementary feeding rate	Proportion of infants 6-9 months (180 to 299 days) of age who are receiving breast milk and complementary food.	-	-	-	
Continued breast-feeding rate	Proportion of children 12-15 months and 20-23 months of age who are breast-feeding.	1994 - 69% (Children under age 2 who were ever breast-fed)	1996 - 77%	-	8% increase
Number of baby-friendly facilities	Number of hospitals and maternity facilities that are designated as baby-friendly according to global BFHI criteria.	0	0	1	increase
17	Growth promotion and its regular monitoring to be institutionalized in all countries by the end of the 1990s.				
No specific indicator(s) Growth chart coverage	Proportion of children up to 2 years of age who have growth card	-	-	-	

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
<i>Growth Monitoring coverage</i>	Proportion of children up to 2 years of age who have growth card	-	-	-	
<i>Obesity</i>	Proportion of children (0-5) who are clinically obese.	-	-	-	
<i>Alternate indicator</i>	Proportion of children in grades 4 and 9 who are clinically obese	1981 - 14% girls 18% boys 1991 - 24% girls 26% boys (1981-1991)	-	-	
18	Dissemination of knowledge and supporting services to increase food production to ensure household food security.				
<i>No specific indicator(s)</i>	Hunger among Canadian Families	-	1994 - 1.2% or 57,000 families	-	
	Children in families	-	-	2000 -	

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000	
using food banks	families using food banks, among total food bank users.			approx. 40%		
19	Eradication of poliomyelitis.					
	<i>Polio Cases</i>	Annual number of cases of polio.	1988 - 0	1996 - 0	1998 - 0	No change
20	Elimination of neonatal tetanus by 1995					
	<i>Neonatal tetanus cases</i>	Annual number of cases of neonatal tetanus.	N/A	N/A	N/A	
21	Reduction by 95 per cent in measles deaths and reduction by 90 per cent of measles cases compared to pre-immunization levels by 1995, as a major step to the global eradication of measles in the long run.					
	<i>Under five deaths from measles</i>	Annual number of under-five deaths due to measles.	-	-	-	
	<i>Measles Cases</i>	Annual number of cases of measles in children under five years of age.	1994 - 523	1996 - 332 1997 - 581	1998 - 12	97.7% decrease
22	Maintenance of a high level of immunization coverage (at least 90 per cent of children under one year of age by the year 2000) against diphtheria, whooping cough, tetanus, measles, poliomyelitis, tuberculosis and against tetanus for women of child-bearing age.					
	<i>DPT immunization Coverage</i>	Proportion of one year old children immunized against diphtheria.	1994 - 82.3%	1997 - 85%	1998 - 83%	0.7% increase

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
Coverage	pertussis and tetanus (DPT)			age	increase
Measles immunization Coverage	Proportion of one year old children immunized against measles.	1995 - 91.4% (at 2 yrs of age - doses received on or after 1 st birthday)	1996 93.3%	1998 - 93.6% at 2 years of age	2.2% increase
MMR		1993 - 95% (at 2 years of age - doses received on or after 1 st birthday)	1997 - 94%	1998 - 94% (at 2 years of age)	1% decrease
Polio immunization Coverage	Proportion of one year old children immunized against poliomyelitis.	1994 - 90%	1996 - 90% 1997 - 86%	1998 - 90% (at 2 years)	No change
Hib Coverage		1995 - 54.6%	1996 - 69%	1998 - 75% (at 2 years)	20.4% increase
Tuberculosis immunization coverage	Proportion of one year old children immunized against tuberculosis.	N/A	N/A	N/A	
Children protected against neonatal	Proportion of one year old children protected against neonatal tetanus	N/A	N/A	N/A	

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
	<i>tetanus</i> , through immunization of their mother.				
23	a) Reduction by 50 per cent in the deaths due to diarrhoea in children under the age of five years; and b) 25 per cent reduction in the diarrhoea incidence rate.				
	<i>Under five deaths from diarrhoea</i>	N/A	N/A	N/A	
	<i>Diarrhoea cases</i>	N/A	N/A	N/A	
	<i>ORT Use</i>	N/A	N/A	N/A	
	Proportion of under-fives who fall below minus 2 and below minus 3 standard deviations from median height for age of NCHS/WHO reference population.				
	<i>Home Management of Diarrhoea</i>	N/A	N/A	N/A	
24	Reduction by one third in the deaths due to acute respiratory infections in children under five years.				

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
<i>Under-five deaths from acute respiratory infections</i>	Annual number of under-five deaths due to acute respiratory infections (ARI)	-	-	-	
<i>Care seeking for acute respiratory infections.</i>	Proportion of children 0-59 months of ages who had ARI in the last two weeks and were taken to an appropriate health provider.	-	-	-	
<u>Alternate indicator(s):</u> <i>Asthma Prevalence</i>	Asthma prevalence among children aged 0-19	1990-8%	1994-11.2%	1996/97-12.2% 0-14-Boys: 13.3% Girls: 9.5% 15-19-Girls: 14.9% Boys: 13.2%	

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
<i>Asthma mortality</i>	Mortality rate for children aged 0-14 with asthma	1978/79 - 16	1983/84 - 13	1994/95 - 9	
25	Elimination of guinea-worm (dracunculiasis) by the year 2000				
	Dracunculiasis cases	Annual number of cases of dracunculiasis (guinea worm) in the total population	N/A	N/A	N/A
26	Expansion of early childhood development activities, including appropriate low-cost family and community interventions				
	<i>Preschool development</i>	Proportion of children aged 36-59 months who are attending some form of organized early childhood education program	-	-	-
	<i>Alternate Indicators:</i>	Approx. number of Canadian children aged 2 to 3 attending some form of early childhood care and education program	-	1994/95 - 192,000 (39%)	-
		Educational Program attendance by 4 & 5 year old Canadian Children (a) Kindergarten	-	1996/97 - 513,000	-

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
	(b) Early childcare and educational program	-	(64%) 198,000 (25%)	-	
	(c) At home with mother	-	85,000 (11%)	-	
27	Increased acquisition by individuals and families to the acquisition of knowledge, skills and values required for better living, made available through all educational channels, including, the mass media, other traditional and modern means of communication and social action, with effectiveness measured in terms of the modification of behavioural patterns.				
	<i>Alternate indicator:</i> Enhance Access to Information				
	Connect all Canadian public schools and public libraries to the Internet by March 31, 1999.	-	-	100% achievement through SchoolNet.	
	Additional indicators for monitoring children's rights				
28	Birth Registration				
	Proportion of children 0-59 months whose births are reported registered	N/A	N/A	N/A	
29	Children's living arrangements				

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
	Proportion of children 0-14 years of age in households not living with biological parent	-	-	-	
	Proportion of children 0-11 years of age in households not living with biological parent	-	1994-1.2%	-	
30	Orphans in households				
	Proportion of children 0-14 years of age who are orphans living in households; proportion of same group who are living in institutions	1991 - 0.02% under 15, living in orphanages and children's homes			
31	Child Labour				
	Proportion of children 5-14 years of age who are currently working (paid or unpaid; inside or outside the home)	N/A	N/A	N/A	
	<u>Alternate indicator:</u> Proportion of youth (aged 15-19 years) participation in the labour force	1990- Males: 59% Females: 56%	1994- Males: 50.5% Females:	1998- Males: 48.3% Females:	

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
			48.1%	47.9%	
Additional indicators for monitoring HIV/AIDS					
32	Indicators for monitoring HIV/AIDS				
	<i>Knowledge of preventing HIV/AIDS</i>	Proportion of women who correctly state the three main ways of avoiding HIV infection.	-	-	
	<i>Knowledge of misconceptions of HIV/AIDS</i>	Proportion of women who correctly identify three misconceptions about HIV/AIDS.	-	-	
	<i>Knowledge of mother to child transmission of HIV</i>	Proportion of women who correctly identify means of transmission of HIV from mother to child.	-	-	
	<i>Attitude to people with HIV/AIDS</i>	Proportion of women expressing a discriminatory attitude toward people with HIV/AIDS	-	-	
	<i>Women who know where to be tested for HIV</i>	Proportion of women who know where to get tested for HIV.	-	-	
	<i>Women who have been tested for HIV</i>	Proportion of women who have been tested for HIV	-	-	

Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
Attitude toward condom use	Proportion of women who state that it is acceptable for women in their area to ask a man to use a condom	-	-	-	
Adolescent sexual behaviour	Median age of girls/women at first pregnancy	1993 – 25-29 34.9% 30-34 28.9%	1996 – 25-29 31.9% 30-34 30.3%	-	3% decrease 1.4% increase
Alternate Indicators:					
	Proportion of AIDS cases among adult women	<1990 – 5.6%	1994 – 7.7%	1999 – 16.3%	10.7% increase
	Total number of female AIDS cases	1990 – 69	1994 – 141	1999 – 42	40% decrease
HIV Prevalence	Proportion of positive HIV tests by gender	<1995 – Females 9.6% Males 90.4%	1995 – Females 18.5% Males 81.5%	1999 – Females 23.9 Males 76.1%	
	Total number of AIDS cases among children aged 0 to 14 years	1990 – Females 5	1995 – Females 12	1999 – Females 1	

	Goal	Description	1990	1996	2000	Results 1990-2000
			Males 6	Males 15	Males 1	

Appendix 2

I. Shared Jurisdictional Responsibility in Canada

a) Federal-Provincial Responsibilities

Generally speaking, the Canadian political system embodies the four following characteristics: it is a constitutional monarchy; it is a federal system; it is a parliamentary system on the British model; and it is a representative democracy. In Canada's federal system, the Constitution confers legislative and executive powers on two levels of government, which are each sovereign in their respective spheres. There is a central government for all Canada, and a government for each province and territory. The *Constitution Act, 1867*, defines the federal and provincial responsibilities. The present division of powers results, in part, from the application and the interpretation of the wording of the Constitution by the courts.

Federal Parliament has the power to levy taxes by any mode of taxation, and the federal government has the authority to allocate its financial resources, as it deems appropriate. The federal government can, for example, make grants to individuals with a view to promoting research and development. The federal government also uses its spending power to initiate shared-cost programs in areas of health, education and welfare services in the provinces. Finally, the federal government initiated a program of equalization payments to provinces whose revenues were below the national average. These unconditional payments were designed to help these provinces provide an appropriate range of public services.

The federal government controls monetary policy. This includes responsibility for issuing currency and for the national economic stability to manage unemployment and inflation, control of the banking system and regulation of interest rates. Monetary policy includes responsibility for the value of Canadian currency on international markets. The task of setting and applying monetary policy is assigned by the federal government to the central bank, the Bank of Canada.

Parliament has jurisdiction over international and interprovincial trade. It also has exclusive jurisdiction over customs duties. Standardization of products intended for international or interprovincial trade and export quotas are within Parliament's jurisdiction. General foreign investment policy is also under its authority.

The federal government has jurisdiction over defence and relations with other states and has authority to enter into international treaties. However, either or both the federal Parliament and the provincial legislatures may have jurisdiction to implement treaties, depending on whether the subject matter of the treaty comes under federal or provincial responsibility as defined in the Constitution. This system operates through federal-provincial cooperation: before entering into a treaty relating to fields that do not fall solely within the jurisdiction of Parliament, the federal government ensures that it has the consent of the provinces to cooperate in implementing the treaty (see below).

Other matters within Parliament's jurisdiction include navigation and shipping, fisheries, bankruptcy, Indians and lands reserved for Indians, naturalization, citizenship, criminal law, patents and copyrights. The postal service and employment insurance are within federal jurisdiction.

Any matter that is not within the jurisdiction of the provincial legislatures is automatically assigned to the federal Parliament. In interpreting federal and provincial powers, the courts have held that certain new

subject matters, such as air transportation, are under the jurisdiction of the federal Parliament by virtue of its general power to make laws for the peace, order and good government of Canada in relation to all matters not assigned exclusively to the legislatures of the provinces. The courts view the general federal power as including a power to legislate in emergencies such as war.

The provinces have numerous legislative powers, including authority over property and civil rights (primarily proprietary, contractual or tortious rights), natural resources, works and undertakings of a local nature, and, generally, all matters of a merely local and private nature. The courts have interpreted the provincial powers, especially "property and civil rights", as covering a very wide field. The Constitution does not mention labour relations specifically, but the courts have placed that subject under provincial jurisdiction, except for certain industries that are under federal jurisdiction for other purposes, such as navigation and shipping industries.

Services and institutions that fall within provincial jurisdiction include health and social services, municipal institutions and land development, the administration of justice, the development and organization of provincial courts of both civil and criminal jurisdiction, and education.

The provincial legislatures have the power to levy direct taxes (e.g. income taxes) within the province, to raise revenue for provincial purposes. In addition, the provinces are given the power to levy direct and indirect taxes in relation to natural resources. The provinces also have the power to issue licences to raise revenue for provincial or municipal purposes.

The Constitution assigns concurrent jurisdiction over agriculture and immigration to the provincial legislatures and Parliament. Federal legislation will prevail in the event that it is inconsistent with provincial legislation. The provinces also share jurisdiction with the federal government in relation to old age pensions.

The powers of the provincial legislatures are limited to those given to them by the Constitution. This means that no provincial legislature can take over powers that belong exclusively to Parliament. Similarly, Parliament cannot take over powers that belong exclusively to the provinces. Although Parliament and the provincial legislatures cannot interdelegate legislative powers, Parliament can delegate powers to provincial agencies and a provincial legislature can likewise delegate powers to a federal agency. Parliament and a provincial legislature can adopt as its own legislation of the other level of government, as long as they both act in their area of jurisdiction.

b) Aboriginal Peoples of Canada: Definitions

Aboriginal Peoples of Canada: Aboriginal Peoples of Canada are the descendants of the original inhabitants of North America. The Canadian Constitution recognizes three groups of Aboriginal people - Indians, Métis and Inuit. These are three separate peoples with unique heritages, languages, cultural practices and spiritual beliefs.

Indian: Indian is a term that describes all the Aboriginal people in Canada who are not Inuit or Métis. Indian peoples are one of three groups of people recognized as Aboriginal in the Constitution Act, 1982. The act specifies that Aboriginal people in Canada consist of Indians, Inuit and Métis. In addition, there are three legal definitions that apply to Indians in Canada: Status Indians, Non-Status Indians and Treaty Indians. Many Aboriginal people today find the term "Indian" outdated and offensive. They prefer the term "First Nation."

Registered or Status Indian: A Status or Registered Indian is an Indian person who is registered under the Indian Act. The act sets out the requirements for determining who is a Status Indian.

Non-Status Indian: A Non-Status Indian is an Indian person who is not registered as an Indian under the Indian Act. This may be because his or her ancestors were never registered, or because he or she lost Indian status under former provisions of the Indian Act.

Treaty Indian: A Treaty Indian is a Status Indian who belongs to a First Nation that signed a treaty with the Crown.

Reserve: A reserve is land set aside by the federal government for the use and occupancy of an Indian group or band.

First Nation: This is a term that came into common usage in the 1970s to replace the word "Indian," which many people found offensive. Although the term First Nation is widely used, no legal definition of it exists. Among its uses, the term "First Nations peoples" refers to the Indian people in Canada, both Status and Non-Status. Many Indian people have also adopted the term "First Nation" to replace the word "band" in the name of their community.

The federal government has responsibility for delivering services and programs, comparable to those available more broadly across the country, to First Nations living on reserve and to the Inuit peoples. It also plays a leadership role with respect to off-reserve Aboriginal populations, including Aboriginal children. While significant progress has been made in recent years, Aboriginal children continue to fall far behind the Canadian average on most indicators of health and well-being.

c) Territories

The Yukon, Northwest Territories and Nunavut have legislative, executive and judicial powers that are becoming similar to those exercised by the provinces. The constitutions of the three territories are set out in specific Acts, which, reflecting their special status with Confederation, are federal statutes.

d) Municipalities

Municipal governments (cities, towns, villages and metropolitan regions) are created by the provincial legislatures and have such powers as the legislatures see fit to give them. Mayors and municipal councillors are elected in accordance with the requirements laid down by the legislature. Throughout Canada, there are some 5,000 municipal governments. These governments provide Canadians with such services as water supply, sewage and garbage disposal, roads, sidewalks, street lighting, building codes, parks, playgrounds, libraries and so on. School boards elected according to provincial legislation generally administer schools.

II. International Instruments and the Federal System

According to Canada's Constitution, powers are divided among federal, provincial and territorial governments, each of which has the power to legislate upon matters that directly affect various aspects of human rights. This division of powers must be taken into account in the ratification and implementation by Canada of international human rights treaties and in reporting on them. The federal government has

the exclusive power to ratify international treaties. However, it does not have the power to legislate in matters of provincial jurisdiction in order to fulfill any international obligations that it may have undertaken. In other words, the federal government cannot use the signing of an international convention as a way of impinging on provincial or territorial powers.

Provinces and territories must be willing partners in the implementation of treaties and conventions. Consequently, full participation in international instruments requires that the federal, provincial and territorial governments work closely together at all stages, from the preparatory work preceding ratification, and on to subsequent implementation and periodic reporting.

To help ensure this cooperation, a Federal-Provincial Conference of Ministers Responsible established an intergovernmental mechanism in 1975 for Human Rights (at the federal level, this Minister was the former Secretary of State, now the Minister of Canadian Heritage). The mandate of this continuing Committee of Officials on Human Rights is to maintain consultation and collaboration among governments with respect to the ratification, implementation and reporting on international human rights instruments.

III. The Judicial Branch

Canada upholds a bi-juridical legal system that includes a common and civil law system. The laws that deal with private matters between individuals, such as property ownership, family responsibilities and business transactions, vary from province to province. This area of law is based on common law in nine of Canada's 10 provinces. Common law is a system based on judgments made by courts, which become "precedents" that establish the underlying principles of the law. The law in Quebec, however, is based on a written code (the Civil Code), which contains general principles and rules for different types of situations. When a case is considered under civil law, a judge looks first to this written code for guidance and then to the precedents set by earlier decisions.

The Canadian judicial system consists of superior courts and lower courts. The first, as courts of original general jurisdiction, have inherent jurisdiction, which makes it possible for them to hear anything that is not within the limited exclusive jurisdiction of a lower court, and to have superintending and reforming power over the lower courts. On the other hand, the lower courts have only the jurisdiction expressly conferred on them by the competent legislative body. Lower and superior courts have jurisdiction regarding the constitutionality of legislation.

Each province has a superior trial court and a court of appeal. These superior courts are constituted by the provincial legislature, but their members are appointed and paid by the federal government. As well, in each province, there are lower court—provincial or municipal courts—which the legislatures create and whose members are appointed by provincial governments.

The Supreme Court of Canada is the general appellate court of last resort for all of Canada. As the final interpreter of the Constitution, its decisions may influence the direction of federalism, in terms of the division of powers, or may question the constitutionality of government policies, in terms of human rights and fundamental freedoms.

Parliament has also established the Federal Court, which has particular jurisdiction to hear cases involving the federal government and to review the decisions of federal boards, commissions and tribunals. In addition, both federal and provincial legislation assign functions to administrative tribunals that are essentially judicial. These specialized tribunals have specific responsibilities such as immigration, international trade, competition, radio-television and telecommunications, securities and residential tenancies, etc.

Although powers with respect to the judiciary are distributed between the federal government and the provinces, integration is a primary characteristic of the Canadian judicial system. The provincial courts can determine matters of both federal and provincial law, and there is no distinction between constitutional, administrative, criminal and civil jurisdiction. The integration is further reflected in the fact that all cases, whether arising under federal or provincial law, are capable of ending up in the same final appeal court, the Supreme Court of Canada.

The Canadian courts operate independently of the federal and provincial legislative bodies and governments. The Constitution Act, 1867 adopted the judicial independence features that had been introduced in Canada in the earlier decades. The Canadian Charter of Rights and Freedoms also protects judicial independence.

Appendix 3

Provincial and Territorial Supplementary Reports to Canada's National Report: United Nations General Assembly Special Session for Children (WSC+10)

Note: The federal government invited the participation of Canada's provincial and territorial governments in the end of decade review process following the World Summit for Children. Their participation in the review of Canada's National Report was coordinated through the Federal-Provincial-Territorial Committee of Human Rights Officials. In addition to their participation in this review, each province and territory may also choose to prepare and submit a report with respect to their jurisdiction. The Province of Québec prepared and submitted such a supplemental report to the United Nations, which can be accessed at the following website:

http://www.mfe.gouv.qc.ca/images/pdf/mfe_ang.pdf. In some cases, provinces and territories have provided supplemental information that has been included in the body of this report. The contribution by one province, Ontario, is presented in the following appendix for ease of reference.

Ontario's Progress on Child Health

Ontario's Public Health Branch oversees a number of programs that support child health and well-being. Local Boards of Health across the province deliver the Public Health Mandatory Health Programs and Services. Public Health's population-based approach to health promotion and primary prevention is complemented by programs and services that aim to identify and support populations at increased risk for poor health outcomes. The Healthy Babies Healthy Children Program, Preschool Speech and Language initiative, and newly introduced Infant Hearing Screening and Communication Development Program are examples of more targeted supports for child health that Public Health is involved in.

Provincial Public Health objectives and requirements range from the promotion of preconception health and healthy pregnancies, through early growth, development and readiness to learn, to the well-being of youth. Such a comprehensive approach includes initiatives to enhance the capacity of parents, families, caregivers and communities to care for and support children and youth.

In addition to the Reproductive and Child Health programs, a number of Public Health Programs address a variety of determinants relevant to child health. These include immunization against infectious disease, the protection of healthy natural and physical environments, the prevention of injuries and substance abuse, the promotion of sexual health and healthy lifestyle choices, and the creation of safe and supportive social environments. Ontario has been a major contributor to improvements in children's well-being. Significant achievements by Ontario include:

- The investment in the Learning Opportunities Grant to assist children at-risk;
 - The investment of \$70 million in improving reading skills, Junior Kindergarten to Grade 3;
 - The investments the Ontario Ministry of Training, Colleges and Universities has made to college and universities to improve access to postsecondary education for all qualified applicants;
 - The investment in Safe Schools and Code of Conduct programs to make schools a safe learning environment for children;
 - The investment in setting standards for exceptionalities so that children with disabilities receive a quality education;
 - The investment in Transition to Work programs for youth to enter the work force.
-

Goal	Description
1	Infant mortality Ontario's rate has dropped by 12.8% from 1990 (6.27 per 1,000 live births to 5.47 in 1997). The 1997 Ontario infant mortality rate is slightly lower than the national rate of 5.53. However, a greater improvement was seen nationally from the 1990 infant rate of 6.84, a reduction of 19.2%.
2	Maternal mortality The rate in Ontario has increased from 4.89 in 1995 to 19.55 in 1997. Over the same years, the rate in Canada went from 4.5 in 1995 to 10.9 in 1997. As the actual numbers of maternal deaths in Ontario, and in Canada as a whole, are small, fluctuations from year to year appear as very large changes in the rates, therefore this indicator should be assessed with some caution.
9 & 32	HIV/AIDS The proportion of positive HIV tests by gender in Ontario were as follows: for 1990, 91.7% male and 8.3% female; for 1996, 81.6% male and 18.4% female; and for 1999 79.9% male and 20.1% female. There have not been any studies on knowledge, attitude or behaviour related to HIV done in Ontario. Ontario AIDS cases were reported as follows. For 1990 there were 619 male cases and 34 female cases (5.25%); for 1996 there were 577 male cases and 44 female cases (7.1%); and for 1999 there were 101 male cases and 18 female cases (15.1%). In 1999 there was a 42% decrease in women reported with AIDS compared to 1998. The total number of AIDS cases in children 0 to 14 years in the period 1981 to 1999 was 68. In 1999 there were 2 male and 2 female newly reported cases.
10	Total fertility rate: Ontario's 1997 rate of 1.53 compares to a national rate of 1.55. While the Ontario rate declined 8.4%, from a rate of 1.67 in 1990, the rate in Canada dropped 9.3% from 1.71 in 1990.
12	Low Birth Weight: Ontario's low birth weight (LBW) rate for 1997 is slightly higher than the national rate (5.86% in Ontario compared to 5.75% for Canada). Since 1990, Ontario's LBW rate has increased by 8.9% (from 5.38%), while Canada's rate has increase by 5.9% (from 5.43% in 1990).
16	Breastfeeding: In Ontario, 81.2% of mothers have breastfed, and 59.2% of mothers breastfed for at least three months (Statistics Canada, National Longitudinal Survey of Children and Youth 1996/97 as cited in the Canadian Perinatal Health Report, 2000). This compares favourably with the national rates of 76.7% mothers ever having breastfed and 53.6% who breastfed for at least three months.
18	Use of food banks: children living in families who used a food bank: Of all food bank recipients in Ontario in 1998, 42.5% were children (data from the Canadian Association of Food Banks, 1999, cited by The Canadian Institute of Child Health, 2000).
20 & 22	Immunization against Diphtheria, Pertussis, Tetanus (DPT) and Polio among 2 year olds : Immunization coverage data in Ontario is collected for the school-age population, which is presented as an alternate indicator for 2 year olds. For a 2-year old to be up-to-date with their DPT and Polio vaccinations they should have received 4 doses of vaccine before their 2 nd birthday. Ontario results of a 1997 Vaccine Coverage Survey show 85.1% of school-age children up to date for Diphtheria, 84.2% up-to-date for Pertussis, 84.8% up-to-date for Tetanus, and 80.2% were up-to-date for Polio.
	Coverage for Measles at 2 years old : Again, immunization coverage data for the Ontario school-age population is presented as an

21 & 22	alternate indicator for 2 year olds. For a 2-year old to be up-to-date for Measles, one dose of Measles vaccine is required. Ontario results of a 1997 Vaccine Coverage Survey show 95.0% coverage for Measles of school-age children.
23	Age specific fertility rate: The age specific fertility rate per 1,000 women aged 15-19 in Ontario was 17.24 in 1997, compared to 20.19 nationally. This represents a decline of 20.0% in Ontario from the 1990 rate of 21.55, and a 20.7% decline nationally from the 1990 rate for Canada of 25.46.
Alternate Indicators:	
<p>Substance Use - Smoking: (Data from the 1999 Ontario Student Drug Use Survey carried out by the Centre for Addictions and Mental Health for Ontario youth in grades 7 through 13). An estimate of 22.6% of students smoked daily. The rate of having smoked more than one cigarette during the past 12 months was 29.2% (29.8% of males and 28.6% of females). Although rates of smoking have remained stable since 1995, the 1999 rate of smoking, and of average cigarettes consumed daily for the late 1990s were greater than earlier years. These numbers are somewhat higher than the results found in the OHS 1996/97 survey of teenagers 12 to 19 years. This survey estimated that 13% of teens in this age group smoke on a regular basis, roughly the same proportion as reported smoking in 1990. In 1996, slightly more males (14%) than females (11%) reported smoking on a daily basis.</p> <p>Substance Use - Alcohol: (Data from the 1999 Ontario Student Drug Use Survey carried out by the Centre for Addictions and Mental Health for Ontario youth in grades 7 through 13). In 1999, 19.7% of drinkers drank weekly, a significant increase from 17.1% in 1997 and 14.4% in 1993. In 1999, 67.5% of all students reported drinking during the previous 12 months. Past year drinking was higher for males than females (70.7% was 64.2%), and varied by grade (increasing from 39.7% of 7th graders to 84.6% of 12th graders). The percentage of drinkers increased significantly from 1997 to 1999 among the total sample (59.6% to 65.7%). Increases in past year drinking were especially notable since 1993.</p> <p>Children living in low-income families: From 1990-1996 the largest increases in the number and proportion of low income Canadians occurred in Ontario (Statistics Canada, as cited in The Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, 1999). The percentage of low-income families in Ontario increased from 10.9% in 1991 (based on 1990 income levels) to 14.8% in 1996 (based on 1995 income levels). The proportion of Ontario children under 18 living in poor families rose from 15% in 1990 to 20% in 1996. Comparing children 0-9 years old with those 10-17 years old, the trend revealed higher rates of low income for young children (Statistics Canada data, as cited in the Report on the Health Status of the Residents of Ontario, 2000).</p>	
<p>Childhood prevalence of asthma: Ontario data on asthma rates for children is not available. Asthma hospital separation rates in Ontario for children aged 0-14 years increased from 252.9 (per 100,000) in 1974/75 to 670.9 in 1987/88, and then decreased to 463.5 by 1994/95.</p> <p>While data on the proportion of children regularly exposed to tobacco smoke in the home was not available, 31% of Ontarians 12 years and older report living with someone who regularly smokes in the home (NPHS, 1996/97). This compares to 33% of Canadian children under 12 who are regularly exposed to tobacco smoke in their home.</p>	

Toxicomanie - Alcool : (Données de l'étude sur la toxicomanie chez les étudiants ontariens de la 7^e à la 13^e année, menée en 1999 par le Centre de toxicomanie et de santé mentale). En 1999, 19,7 p. cent des personnes qui buvaient ont dit le faire chaque semaine, ce qui représente une augmentation considérable par rapport au 17,1 p. cent de 1997 et au 14,4 p. cent de 1993. En 1999, 67,5 p. cent de tous les étudiants ont dit qu'ils avaient bu au cours des 12 mois précédents, et un plus grand nombre de garçons que de filles l'avaient fait (70,7 p. cent contre 64,2 p. cent); ces taux variaient selon les années scolaires (de 39,7 p. cent chez les jeunes de 7^e année à 84,6 p. cent chez ceux de 12^e). Le pourcentage des consommateurs d'alcool de l'ensemble de cette population a beaucoup augmenté de 1997 à 1999 (de 59,6 p. cent à 65,7 p. cent). Cette augmentation s'est surtout accentuée à partir de 1993.

Enfants vivant dans une famille à faible revenu : De 1990 à 1996, la plus grande augmentation du nombre et de la proportion des Canadiens à faible revenu s'est manifestée en Ontario (Statistique Canada, tel qu'indiqué dans le rapport de 1999 du Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population). En Ontario, le pourcentage de familles à faible revenu a augmenté de 10,9 p. cent en 1991 (selon les niveaux de revenu de 1990) à 14,8 p. cent en 1996 (selon les niveaux de revenu de 1995). La proportion des enfants ontariens de moins de 18 ans vivant dans une famille à faible revenu a augmenté de 15 p. cent en 1990 à 20 p. cent en 1996. Si l'on compare les enfants de 0 à 9 ans à ceux de 10 à 17 ans, la tendance indique des taux de faible revenu plus élevés chez les jeunes enfants (Statistique Canada data, tel que cité dans le Report on the Health Status of the Residents of Ontario, 2000).

Prévalence de l'asthme chez les enfants : On ne dispose d'aucunes données sur les taux d'asthme chez les enfants ontariens. Les taux de diagnostic-congé d'hôpital pour les enfants ontariens de 0 à 14 ans ont augmenté de 252,9 (pour 100 000 enfants) en 1974-1975 à 670,9 en 1987-1988, puis ils sont retombés à 463,5 entre 1988 et 1994-1995.

Enfants régulièrement exposés à la fumée du tabac au foyer - On ne dispose d'aucunes données sur ces proportions, mais 31 p. cent des Ontariens de 12 ans et plus ont dit vivre avec quelqu'un qui fume régulièrement à la maison (ENSP, 1996-1997). En comparaison, 33 p. cent des Canadiens de moins de 12 ans sont régulièrement exposés à la fumée du tabac chez eux.

18	Utilisation des banques d'alimentation : Enfants vivant dans une famille qui s'est approvisionnée à une banque d'alimentation : de toutes les personnes qui se sont approvisionnées à des banques d'alimentation de l'Ontario en 1998, 42,5 p. cent étaient des enfants (données de l'Association canadienne des banques alimentaires, 1999, citées par l'Institut canadien de la santé infantile, 2000).
20&22	Immunisation contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos (DCT) et la polio chez les enfants de 2 ans : En Ontario, les données sur l'immunisation sont recueillies auprès des populations d'âge scolaire et constituent des indicateurs de rechange pour les enfants de 2 ans. Pour avoir reçu toute l'immunisation requise contre la DCT et la polio, un enfant de 2 ans doit avoir reçu 4 doses du vaccin avant la date de ses deux ans. Les résultats d'une étude sur l'immunisation menée en Ontario en 1997 indiquent que 85,1 p. cent des enfants d'âge scolaire avaient reçu toute l'immunisation requise contre la diphtérie, 84,2 p. cent contre la coqueluche, 84,8 p. cent contre le tétanos et 80,2 p. cent contre la polio.
21& 22	Immunisation contre la rougeole chez les enfants de 2 ans : En Ontario, ces données aussi sont recueillies auprès des enfants d'âge scolaires et constituent un indicateur de rechange sur l'immunisation des enfants de 2 ans. À 2 ans, un enfant doit avoir reçu une dose du vaccin contre la rougeole. Les résultats d'une étude sur l'immunisation menée en Ontario en 1997 indiquent que 95,0 p. cent des enfants d'âge scolaire avaient été vaccinés contre la rougeole.
23	Taux de fécondité selon l'âge : En Ontario, le taux de fécondité pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans était de 17,24 en 1997, par rapport à 20,19 pour l'ensemble du pays. Ceci constitue un déclin de 20,0 p. cent en Ontario par rapport au taux de 1990, qui était de 21,55, et de 20,7 p. cent pour le Canada, dont le taux en 1990 était de 25,46.
Indicateurs de rechange	
Toxicomanie - Tabagisme : (Données de l'étude sur la toxicomanie chez les étudiants ontariens de la 7 ^e à la 13 ^e année, menée en 1999 par le Centre de toxicomanie et de santé mentale). On estime que 22,6 p. cent des étudiants fument chaque jour. Le taux des étudiants qui avaient fumé plus d'une cigarette au cours des 12 mois précédents était de 29,2 p. cent (29,8 p. cent chez les garçons et 28,6 p. cent chez les filles). Bien que les taux de tabagisme se soient stabilisés depuis 1995, en 1999, le taux de tabagisme et celui du nombre de cigarettes fumées chaque jour étaient plus élevés pour les dernières années 1990 que pour le début de cette décennie. Ces chiffres sont un peu plus élevés que les résultats de l'étude sur la santé en Ontario menée en 1996-1997 auprès des adolescents de 12 à 19 ans, selon lesquels 13 p. cent de ces adolescents fumaient régulièrement, ce qui représentait environ la même proportion que celle signalée en 1990. En 1996, un peu plus de garçons (14 p. cent) que de filles (11 p. cent) ont dit fumer régulièrement.	

Objectif	Description
1	Mortalité infantile - Le taux de l'Ontario a diminué de 12,8 p. cent depuis 1990 (de 6,27 pour 1 000 naissances vivantes à 5,47 en 1997). Pour 1997, le taux de mortalité infantile de l'Ontario est légèrement inférieur à celui du Canada, qui se chiffrait à 5,53. Ce dernier représente cependant une nette amélioration sur le taux national de 1990, qui se chiffrait à 6,84, soit une diminution de 19,2 p. cent.
2	Mortalité maternelle - En Ontario, ce taux a augmenté de 4,89 qu'il était en 1995 à 19,55 en 1997. Au cours de cette même période, le taux national a passé de 4,5 en 1995 à 10,9 en 1997. Comme le nombre de décès maternels est très bas, autant en Ontario que dans l'ensemble du Canada, les fluctuations des taux d'une année à une autre semblent considérables; on conseille donc d'utiliser cet indicateur avec prudence.
9 & 32	H/sida - La proportion des résultats positifs aux tests de détection du VIH, dans les populations des deux sexes, était la suivante en Ontario : en 1990, 91,7 p. cent chez les hommes et 8,3 p. cent chez les femmes; en 1996, 81,6 p. cent chez les hommes et 18,4 p. cent chez les femmes; enfin, en 1999, 79,9 p. cent chez les hommes et 20,1 p. cent chez les femmes. On n'a pas mené d'études sur les connaissances, les attitudes et les comportements liés au VIH en Ontario. Les nombres de cas de sida suivants ont été signalés en Ontario : pour 1990, on a compté 619 cas chez les hommes et 34 cas chez les femmes (soit 5,25 p. cent); pour 1996, 577 cas chez les hommes et 44 cas chez les femmes (soit 7,1 p. cent); enfin, pour 1999, 101 cas chez les hommes et 18 cas chez les femmes (soit 15,1 p. cent). En 1999, le nombre de cas de sida chez les femmes a décliné de 42 p. cent par rapport à 1998. Entre 1981 et 1999, on a signalé en tout 68 cas de sida chez les enfants de 0 à 14 ans. En 1999, on a signalé 2 cas de plus chez les garçons et 2 cas de plus chez les filles.
10	Taux de fécondité total : Le taux de l'Ontario pour 1997 est de 1,53 et celui du Canada de 1,55. Le taux de l'Ontario a décliné de 8,4 p. cent depuis 1990, où il était de 1,67 et le taux du Canada est tombé de 9,3 p. cent depuis 1990, où il était de 1,71.
12	Poids insuffisant à la naissance : Pour 1997, le taux de poids insuffisants à la naissance était légèrement supérieur à celui de l'ensemble du pays (5,86 p. cent en Ontario par rapport à 5,75 p. cent dans tout le Canada). Depuis 1990, le taux de poids insuffisants à la naissance en Ontario a augmenté de 8,9 p. cent (il se chiffrait à 5,38 p. cent), alors que celui du Canada a augmenté de 5,9 p. cent (de 5,43 p. cent en 1990).
16	Allaitement naturel : En Ontario, 81,2 p. cent des mères ont allaité leur enfant, et 59,2 p. cent d'entre elles l'ont fait pendant au moins trois mois (Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1996-1997 telle que citée dans le Rapport sur la santé périnatale au Canada - 2000). Ces taux sont supérieurs à ceux de l'ensemble du Canada, où 76,7 p. cent des mères ont allaité leur enfant, dont 53,6 p. cent pour une période d'au moins trois mois.

- Investissement à des programmes de sécurité des écoles et d'élaboration de lignes de conduite pour créer dans les écoles un milieu sécuritaire favorisant l'apprentissage des enfants;
- Financement de l'élaboration de normes d'atypie pour que les enfants ayant une déficience reçoivent un enseignement de qualité;
- Investissement dans les programmes de transition vers le monde du travail, pour aider les jeunes à entrer sur le marché du travail.

Annexe 3

Assemblée générale des Nations Unies - Sommet mondial pour les enfants Rapports complémentaires des Provinces et des Territoires au Rapport national du Canada

Nota : Le gouvernement fédéral a invité les provinces et les territoires à participer à l'étude de fin de décennie menée à la suite du Sommet mondial pour les enfants. Leur participation à l'examen du Rapport national du Canada a été coordonnée par le Comité fédéral-provincial des représentants des droits de la personne. En outre, les gouvernements des provinces et des territoires peuvent décider de produire un rapport sur la situation de leur territoire de compétence respectif. La province du Québec a préparé et présenté un tel rapport supplémentaire aux Nations Unies, lequel se retrouve au site web suivant : http://www.mfegouv.qc.ca/images/pdf/mfe_fr.pdf. Certains gouvernements des provinces et des territoires ont fourni des renseignements complémentaires que l'on a insérés dans le texte principal du Rapport. L'information fournie par une province, soit l'Ontario, est présentée en annexe pour en faciliter l'étude.

Progrès de l'Ontario dans le domaine de la santé des enfants

La Direction de la santé publique de l'Ontario dirige plusieurs programmes axés sur la santé et le bien-être des enfants. Les conseils de santé locaux de la province dirigent les programmes et services obligatoires sur la santé publique. En plus d'orienter sa promotion de la santé et sa prévention primaire vers l'ensemble de la population de la province, la Direction de la santé publique fournit des programmes et services visant à cerner les populations les plus vulnérables aux problèmes de santé. Le programme *Bébés en santé, enfants en santé, les Services d'orthophonie pour les enfants d'âge préscolaire* ainsi que le tout nouveau *Infant Hearing Screening and Communication Development Program* [programme de dépistage de la surdité et de développement de l'aptitude à communiquer chez les nourrissons] sont des exemples de l'appui mieux ciblé que la Direction apporte dans le domaine de la santé des enfants.

Les objectifs et les exigences de la Direction de la santé publique se concentrent sur la promotion de la santé avant et pendant la grossesse, sur la croissance saine des enfants, sur leur bien-être et sur leur capacité d'apprentissage. Cette approche globale comprend des initiatives visant à améliorer la capacité des parents, des familles, des dispensateurs de soins et des collectivités à prendre soin des enfants et des jeunes et à les soutenir.

En plus de ces programmes ciblant la santé génésique et infantile, un certain nombre de programmes de la santé publique abordent divers déterminants de la santé des enfants. Il s'agit des initiatives d'immunisation contre les maladies infectieuses, de protection d'un environnement naturel et physique sain, de prévention des blessures et de la toxicomanie, de promotion des pratiques sexuelles et d'un style de vie sains ainsi que de création de milieux sociaux sécuritaires et favorables. L'Ontario a énormément contribué à l'amélioration du bien-être des enfants. Voici ses principales réalisations :

- Investissement à la Subvention pour programmes d'aide à l'apprentissage afin d'aider les enfants à réussir;
- Investissement de 70 millions de dollars pour améliorer l'apprentissage de la lecture chez les enfants de la maternelle jusqu'à la 3^e année primaire;
- Fonds du ministère de la Formation et des Collèges et Universités affectés aux collèges et universités pour faciliter l'accès à l'enseignement postsecondaire de tous les candidats qualifiés;

inférieur, et de procéder à la surveillance et à la réforme des tribunaux inférieurs. D'un autre côté, les tribunaux inférieurs possèdent seulement l'autorité que leur confère expressément le corps législatif compétent. Les tribunaux inférieurs et les cours supérieures décident de la constitutionnalité des lois. Chaque province possède une cour supérieure et une cour d'appel. Les cours supérieures sont constituées par la législature provinciale, mais leurs membres sont délégués et payés par le gouvernement fédéral. Chaque province a aussi des tribunaux provinciaux et municipaux inférieurs, que les législatures créent et dont les membres sont nommés par le gouvernement provincial.

La Cour suprême du Canada est la cour d'appel générale de dernier recours pour tout le Canada. Elle constitue le dernier interprète de la Constitution, et ses décisions peuvent ainsi influencer la direction du fédéralisme, en ce qui a trait à la division des pouvoirs, ou remettre en question la constitutionnalité des politiques gouvernementales, pour ce qui est des droits de la personne et des libertés fondamentales. Le Parlement a aussi institué la Cour fédérale, qui possède une compétence particulière pour instruire des procès touchant le gouvernement fédéral et pour revoir les décisions des offices, des commissions et des tribunaux fédéraux. De plus, les législations fédérale et provinciale assignent toutes deux des fonctions essentiellement juridiques aux tribunaux administratifs. Ces tribunaux spécialisés ont des responsabilités précises qui se rattachent, entre autres, à l'immigration, au commerce international, à la concurrence, à la radio, à la télévision et aux télécommunications, aux valeurs mobilières et à la location à usage d'habitation.

Bien que l'autorité du pouvoir judiciaire soit répartie entre le gouvernement fédéral et les provinces, l'intégration est une caractéristique primaire du système judiciaire canadien. Les cours provinciales peuvent statuer sur des litiges de droit fédéral et provincial, et il n'existe aucune distinction entre les compétences constitutionnelle, administrative, criminelle et civile. En outre, cette intégration se manifeste par le fait que tous les litiges, qu'ils fassent référence au droit provincial ou fédéral, peuvent se terminer devant la même cour d'appel finale, soit la Cour suprême du Canada. Les tribunaux canadiens fonctionnent indépendamment des corps législatifs et des gouvernements provinciaux. La *Loi constitutionnelle de 1867* a adopté les caractéristiques d'indépendance judiciaire que l'on appliquait déjà au Canada au cours des décennies antérieures. La *Charte canadienne des droits et libertés* protège aussi l'indépendance judiciaire.

services tels que l'approvisionnement en eau, les égouts et l'enlèvement des ordures, les routes, les trottoirs, l'éclairage des rues, les codes de la construction, les parcs, les terrains de jeux, les bibliothèques et ainsi de suite. Les écoles sont généralement administrées par des commissions scolaires conformément aux lois provinciales.

II. Les instruments internationaux et le système fédéral

Selon la Constitution canadienne, les pouvoirs sont divisés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et chacun d'eux a le pouvoir de légiférer sur des questions qui touchent directement divers aspects des droits de la personne. Le Canada doit tenir compte de cette division des pouvoirs quand il ratifie et met en application des traités internationaux sur les droits de la personne et quand il présente des rapports à leur sujet. Le gouvernement fédéral possède le pouvoir exclusif de ratifier des traités internationaux. Cependant, il ne possède pas le pouvoir de légiférer en matière de compétence provinciale pour s'acquiescer d'une quelconque obligation internationale qu'il a pu entériner. Autrement dit, il ne peut pas utiliser la signature d'une convention internationale dans le but d'empêcher sur des pouvoirs provinciaux ou territoriaux.

Les provinces et les territoires doivent travailler volontairement en partenariat afin d'appliquer des traités et des conventions. En conséquence, la pleine participation aux instruments internationaux exige que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent en étroite collaboration à tous les niveaux, du travail préparatoire précédant la ratification jusqu'à la mise en œuvre et aux rapports périodiques qui suivront.

Pour assurer cette coopération, une procédure intergouvernementale a été créée en 1975 par une Conférence fédérale-provinciale des ministres responsables des droits de la personne (à l'échelle fédérale, ce ministre était l'ancien secrétaire d'État, maintenant ministre du Patrimoine canadien). Ce comité permanent de fonctionnaires sur les droits de la personne a pour mandat d'entretenir la consultation et la collaboration entre les gouvernements dans le cadre de la ratification, de la mise en application et de la présentation des rapports sur les instruments internationaux qui servent les droits de la personne.

III. Le pouvoir judiciaire

Le Canada a un système judiciaire bijuridique : la common law et le droit civil. Les lois qui régissent les affaires privées entre les particuliers, comme les droits de propriété, les responsabilités familiales et les opérations commerciales, diffèrent d'une province à l'autre. Ce secteur du droit est fondé sur la common law dans neuf des dix provinces canadiennes. La common law est un système reposant sur les jugements rendus par les tribunaux, qui deviennent les précédents qui établissent les principes fondamentaux du droit. Au Québec, cependant, le droit s'appuie sur un code écrit, le Code civil, qui contient des principes et des règlements généraux adaptés à différents types de situations. Dans les cas où une cause renvoie au droit civil, le juge consulte d'abord ce code écrit et, ensuite, les précédents établis par des jugements antérieurs.

Le système judiciaire canadien est constitué de cours supérieures et de tribunaux inférieurs. Les cours supérieures, en tant que cours de compétence générale originale, possèdent une compétence inhérente qui leur permet d'entendre tout ce qui ne fait pas partie de la compétence exclusive limitée d'un tribunal

Indien : Le terme Indien décrit tous les peuples autochtones du Canada qui ne sont ni Inuits ni Métis. Les peuples indiens forment un des trois groupes de peuples reconnus comme Autochtones par la *Loi constitutionnelle de 1982*. La Loi stipule que les Autochtones du Canada regroupent les Indiens, les Inuits et les Métis. De plus, il existe trois définitions légales qui s'appliquent aux Indiens du Canada : les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits et les Indiens assujettis à un traité. Aujourd'hui, de nombreux Autochtones trouvent le terme Indien dépassé et blessant. Ils préfèrent le terme Premières nations.

Indien inscrit : Un Indien inscrit est un Indien en vertu de la *Loi sur les Indiens*. La Loi décrit les exigences qui déterminent qui est un Indien inscrit.

Indien non inscrit : Un Indien non inscrit est un Indien qui n'est pas inscrit comme Indien en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Cette situation peut être due au fait que les ancêtres de l'Indien non inscrit n'ont jamais été enregistrés ou parce qu'il a perdu son statut d'Indien conformément à des dispositions antérieures de la *Loi sur les Indiens*.

Indien assujéti à un traité : Un Indien assujéti à un traité est un Indien inscrit qui appartient à une Première nation qui a signé un traité avec la Couronne.

Réserve : Une réserve est une terre mise de côté par le gouvernement fédéral pour l'utilisation et l'occupation d'un groupe ou d'une bande d'Indiens.

Première nation : Ce terme fait partie du langage courant depuis les années 1970 et il vise à remplacer le mot Indien, que de nombreuses personnes trouvaient blessant. Bien que l'utilisation du terme Première nation soit très répandue, il n'existe aucune définition légale de ce terme. Parmi l'usage qu'on en fait, le terme peuple des Premières nations fait référence aux Indiens du Canada, qu'ils soient inscrits ou non inscrits. De nombreux peuples indiens ont aussi adopté le terme Première nation pour remplacer le mot bande pour leur collectivité.

Le gouvernement fédéral a la responsabilité de présenter les services et les programmes S qui se comparent à ceux qui sont disponibles à travers tout le pays S aux Premières nations vivant dans les réserves et aux peuples inuits. Il joue aussi un rôle directeur tout en respectant les Autochtones qui vivent en dehors des réserves, dont les enfants autochtones. Bien qu'on ait réalisé de grands progrès au cours des dernières années, les enfants autochtones continuent leur chute considérable en deçà de la moyenne canadienne pour la plupart des indicateurs de santé et de bien-être.

c) Les territoires

Le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut possèdent des pouvoirs législatifs, exécutifs et juridiques qui sont de plus en plus semblables à ceux qu'exercent les provinces. Les constitutions des trois territoires sont établies selon des lois particulières, qui, en plus de refléter leur statut spécial dans la Confédération, constituent des statuts fédéraux.

d) Les municipalités

Les gouvernements municipaux (villes, villages et régions métropolitaines) sont créés par les législatures provinciales et possèdent les mêmes pouvoirs que les législatures, si ces dernières en conviennent ainsi. Les maires et les conseillers municipaux sont élus selon les exigences prescrites par la législation. Partout au Canada, il existe environ 5 000 gouvernements municipaux. Ces gouvernements fournissent des

emploi sont de compétence fédérale.

Toutes les questions qui ne relèvent pas de la compétence des législatures provinciales sont automatiquement assignées au Parlement fédéral. En définissant les pouvoirs fédéraux et provinciaux, les tribunaux ont convenu que certains domaines nouveaux, comme le transport aérien, étaient du ressort du Parlement fédéral en vertu de son pouvoir général d'établir des lois pour la paix, l'ordre et un bon gouvernement canadien relativement à toutes les affaires qui ne sont pas exclusivement assignées aux législatures des provinces. Les tribunaux estiment que le pouvoir fédéral général comporte un pouvoir de légiférer dans des situations d'urgence, comme une guerre.

Les provinces possèdent de nombreux pouvoirs législatifs, dont l'autorité sur les droits de propriété et les droits civils (principalement les droits de propriété, contractuels ou délictueux), sur les ressources naturelles, sur les travaux et les entreprises à l'échelle locale et, de manière générale, sur toutes les affaires qui sont de nature purement locale ou privée. Les tribunaux ont expliqué que les pouvoirs provinciaux, en particulier la propriété et les droits civils, couvraient un très grand domaine. La Constitution ne fait pas mention particulièrement des relations de travail, mais les tribunaux ont placé ce sujet sous la compétence provinciale, sauf dans le cas de certaines industries, comme les industries de navigation et de transport maritime, qui dépendent du gouvernement fédéral pour d'autres besoins.

Parmi les services et les institutions qui relèvent de la compétence provinciale figurent les services de santé et les services sociaux, les institutions municipales et les aménagements de terrain, l'administration de la justice, le développement et l'organisation des tribunaux provinciaux de compétence à la fois civile et criminelle, ainsi que l'éducation.

Les législatures provinciales ont le pouvoir de prélever des taxes directes (p. ex., des impôts sur le revenu) à l'intérieur de la province et d'augmenter les revenus pour des besoins provinciaux. De plus, les provinces ont le pouvoir de prélever des impôts directs ou indirects en relation avec les ressources naturelles. Elles ont aussi le pouvoir d'accorder des licences pour augmenter les revenus selon les besoins provinciaux ou municipaux.

La Constitution assigne une compétence concurrente aux législatures provinciales et au Parlement sur les plans de l'agriculture et de l'immigration. La législation fédérale prévaut dans le cas d'une contradiction avec la législation provinciale. Les provinces partagent aussi, avec le gouvernement fédéral, l'autorité sur les pensions de vieillesse.

Les pouvoirs des législatures provinciales sont limités à ceux que leur a accordés la Constitution, ce qui signifie qu'aucune législature provinciale ne peut prendre les pouvoirs qui appartiennent exclusivement au Parlement. De même, ce dernier ne peut prendre les pouvoirs qui appartiennent exclusivement aux provinces. Bien que le Parlement et les législatures provinciales ne puissent faire de délégation bilatérale sur le plan des pouvoirs législatifs, le Parlement peut déléguer des pouvoirs à des organismes provinciaux, et une législature provinciale peut également déléguer des pouvoirs à un organisme fédéral. Le Parlement et une législature provinciale peuvent adopter comme leur propre législation celle de l'autre palier gouvernemental pourvu qu'ils agissent tous les deux dans leur domaine de compétence.

b) Les Autochtones du Canada : Définitions

Autochtones du Canada : Les Autochtones du Canada sont les descendants des habitants originaires d'Amérique du Nord. La Constitution canadienne distingue trois groupes d'Autochtones : les Indiens, les Métis et les Inuits. Ils forment trois peuples distincts qui possèdent chacun un patrimoine, une langue, une pratique culturelle et une croyance spirituelle unique.

Annexe 2

I. Secteurs de compétence au Canada

a) Les compétences fédérales et provinciales

De façon générale, le système politique canadien renferme les quatre caractéristiques suivantes : il est une monarchie constitutionnelle, un système fédéral, un système parlementaire fondé sur le modèle britannique et une démocratie représentative. Dans le système fédéral du Canada, la Constitution confère les pouvoirs législatifs et exécutifs à deux niveaux de gouvernement, qui sont souverains dans leurs sphères respectives. Il existe un gouvernement central pour tout le Canada, ainsi qu'un gouvernement pour chaque province et territoire. La *Loi constitutionnelle de 1867* définit les compétences fédérales et provinciales. La répartition actuelle de ces compétences résulte en partie de l'application et de l'interprétation du texte de la Constitution par les tribunaux.

Le Parlement fédéral a le pouvoir de prélever une taxe par n'importe quel mode d'imposition, et le gouvernement fédéral a celui d'allouer ses ressources financières s'il considère qu'il est temps de le faire. Le gouvernement fédéral peut, par exemple, octroyer des subventions à des personnes qui ont l'intention de promouvoir la recherche et le développement. Il utilise aussi son pouvoir d'allocation des ressources pour lancer des programmes à coûts partagés dans les secteurs de la santé, de l'éducation et des services de bien-être dans les provinces. En dernier lieu, le gouvernement fédéral a mis sur pied un programme de péréquation des paiements pour les provinces dont les revenus sont au-dessous de la moyenne nationale. Ces paiements inconditionnels ont été conçus pour aider les provinces en question à fournir des services publics convenables.

La politique monétaire est contrôlée par le gouvernement fédéral, ce qui comprend la responsabilité d'émettre des devises et, afin de maintenir la stabilité économique nationale, de gérer le chômage et l'inflation, de contrôler le système bancaire et de fixer les taux d'intérêt. La politique monétaire inclut la responsabilité de voir à la valeur de la devise canadienne sur les marchés internationaux. La tâche d'établir et d'appliquer une politique monétaire est assignée par le gouvernement fédéral à la banque centrale, soit la Banque du Canada.

Le Parlement possède les compétences relatives au commerce international et interprovincial. Il exerce aussi l'autorité exclusive sur les droits de douane. La normalisation des produits destinés au commerce international ou interprovincial et les quotas d'exportation sont également du ressort du Parlement. La politique générale d'investissement à l'étranger appartient aussi à son domaine de compétence.

La défense et les relations avec les autres États relèvent de la compétence du gouvernement fédéral et celui-ci a le pouvoir de se joindre à des traités internationaux. Cependant, le Parlement fédéral et les législatures provinciales peuvent, l'un et l'autre, appliquer des traités, selon que le sujet du traité relève de la responsabilité fédérale ou provinciale, tel qu'il est défini dans la Constitution. Ce système fonctionne selon une coopération entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux : avant de se joindre à un traité se rattachant à des domaines qui ne sont pas seulement du ressort du Parlement, le gouvernement fédéral veille à ce que les provinces acceptent de collaborer à l'application du traité (voir ci-dessous).

Les autres domaines qui relèvent de la compétence du Parlement fédéral comprennent, entre autres, la navigation et le transport maritime, la pêche, la faillite, les Indiens et les terres qui leur sont réservées, la citoyenneté, le droit criminel, ainsi que les brevets et les droits d'auteur. Le service postal et l'assurance-

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	Nombre total de cas de sida chez les enfants âgés de 0 à 14 ans.	Hommes : 90,4 % 1990 Femmes : 5 Hommes : 6	Hommes : 81,5 % 1995 Femmes : 12 Hommes : 15	Hommes : 76,1 % 1999 Femmes : 1 Hommes : 1	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
<i>Attitude envers l'utilisation du condom</i>	Proportion des femmes qui affirment qu'il est acceptable pour les femmes de leur région de demander à un homme d'utiliser un condom.	S	S	S	
<i>Comportement sexuel des adolescents</i>	Âge moyen des filles et des femmes au moment de leur première grossesse.	1993 - 25 à 29 ans : 34,9 % 30 à 34 ans : 28,9 %	1996 - 25 à 29 ans : 31,9 % 30 à 34 ans : 30,3 %	S	Baisse de 3 % Hausse de 1,4 %
<i>Autres indicateurs</i>	Proportion des cas de sida chez les femmes adultes.	Avant 1990 5,6 % cas de sida chez les femmes adultes	1994 -7,7 % cas de sida chez les femmes adultes	1999 16,3 % cas de sida chez les femmes adultes	Hausse de 11,8 %
<i>Taux de prévalence du VIH</i>	Nombre total de cas de sida chez les femmes.	1990 - 69 cas de sida	1994 - 141 cas de sida	1999 - 42 cas de sida	Baisse de 40 %
	Proportion des tests de HIV positifs selon le sexe.	Avant 1995 Femmes : 9,6 %	1995 Femmes : 18,5 %	1999 Femmes : 23,9 %	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
<i>Savoir prévenir le VIH/sida</i>	Proportion des femmes qui nomment correctement les trois principales façons d'éviter une infection par le VIH.	S	S	S	
<i>Connaissances des idées fausses sur le VIH et le sida</i>	Proportion des femmes qui nomment correctement trois idées fausses à propos du VIH et du sida.	S	S	S	
<i>Connaissances des risques de transmission du VIH d'une mère à son enfant</i>	Proportion des femmes qui nomment correctement les modes de transmission du VIH d'une mère à son enfant.	S	S	S	
<i>Attitude envers les gens qui ont le VIH ou le sida</i>	Proportion des femmes qui ont une attitude discriminatoire envers les gens qui ont le VIH ou le sida.	S	S	S	
<i>Femmes qui savent où aller pour passer un test de dépistage du VIH</i>	Proportion des femmes qui savent où aller passer un test de dépistage du VIH.	S	S	S	
<i>Femmes qui ont passé un test de dépistage du VIH</i>	Proportion des femmes qui ont passé un test de dépistage du VIH	S	S	S	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	14 ans qui sont orphelins et qui vivent au sein de familles; proportion des enfants du même groupe qui vivent en établissement.	des enfants de moins de 15 ans vivaient dans des orphelinats et des maisons pour enfants			
31	Travail des enfants				
	Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent actuellement (travail rémunéré ou non, à la maison ou à l'extérieur du domicile).	S/O	S/O	S/O	
	<u>Autre indicateur :</u> Proportion des jeunes (de 15 à 19 ans) qui font partie de la population active.	1990 Garçons : 59 % Filles : 56 %	1994 Garçons : 50,5 % Filles : 48,1 %	1998 Garçons : 48,3 % Filles : 47,9 %	
	Indicateurs additionnels pour la surveillance du VIH/sida				
32	Indicateurs pour la surveillance du VIH/sida				

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
Amélioration de l'accès à l'information	Brancher toutes les écoles et les bibliothèques publiques canadiennes à Internet au plus tard le 31 mars 1999.	S	S	Atteinte de l'objectif à 100 % par RESCOL.	
Indicateurs additionnels pour la surveillance des droits de l'enfant					
28	Enregistrement de la naissance				
	Proportion des enfants âgés de 0 à 59 mois et dont la naissance est enregistrée.	S/O	S/O	S/O	
29	Conditions de logement des enfants				
	Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans qui vivent au sein d'une famille qui n'est pas constituée de leurs parents biologiques.	S	S	S	
	Proportion des enfants âgés de 0 à 11 ans qui vivent au sein d'une famille qui n'est pas constituée de leurs parents biologiques.	S	1994 - 1,2 %	S	
30	Orphelins dans les familles				
	Proportion des enfants âgés de 0 à	1991 -0,02 %			

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
<u>Autres indicateurs :</u>	Nombre approximatif d'enfants canadiens âgés de 2 à 3 ans qui participent à un quelconque programme de garde d'enfants et d'éducation pour la petite enfance.	S	1994-1995 192 000 (39 %)	S	
	Participation des enfants canadiens âgés de 4 à 5 ans à un programme d'éducation de la petite enfance.				
	(a) Maternelle	S	1996-1997 513 000 (64 %)	S	
	(b) Programme de garde d'enfants et d'éducation de la petite enfance	S	198 000 (25 %)	S	
	(c) À la maison avec la mère	S	85 000 (11 %)	S	
27	Amélioration pour les individus et les familles des méthodes d'acquisition de connaissances, d'aptitudes et de valeurs favorisant une meilleure qualité de vie, qui sont disponibles au moyen de l'ensemble des mécanismes éducationnels, y compris les médias, les autres moyens de communication traditionnels et modernes et les mesures sociales, dont l'efficacité est évaluée selon les modifications des modes de comportement.				
	<u>Autre indicateur :</u>				

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
				9,5 % 15 à 19 ans Filles : 14,9 % Garçons : 13,2 %	
Taux de décès causés par l'asthme	Taux de décès causés par l'asthme chez les enfants âgés de 0 à 14 ans.	1978-1979 16	1983-1984 13	1994-1995 9	
25	Élimination du ver de Guinée (dracunculose) d'ici l'an 2000.				
Cas de dracunculose	Nombre annuel de décès causés par la dracunculose (ver de Guinée) dans la population totale.	S/O	S/O	S/O	
26	Expansion des activités de développement de la petite enfance, y compris les mesures d'intervention adéquates et à peu de frais destinées aux familles et aux collectivités.				
Développement préscolaire	Proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui participent à un quelconque programme d'éducation conçu pour la petite enfance.	S	S	S	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
<i>la maison</i>	de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.				
24	Réduction du tiers des décès causés par les infections pulmonaires sérieuses chez les enfants de moins de 5 ans.				
<i>Décès causés par les infections pulmonaires sérieuses chez les enfants de moins de 5 ans</i>	Nombre annuel de décès causés par les infections pulmonaires sérieuses chez les enfants de moins de 5 ans	S	S	S	
<i>Recherche sur les soins des infections pulmonaires sérieuses</i>	Proportion des enfants âgés entre 0 et 59 mois qui ont eu une infection pulmonaire sérieuse au cours des deux derniers mois et qui ont reçu des soins de santé adéquats.	S	S	S	
<i>Autres indicateurs : Taux de prévalence de l'asthme</i>	Taux de prévalence de l'asthme chez les enfants âgés de 0 à 19 ans.	1990 - 8 %	1994 - 11,2 %	1996-1997 12,2 % 0 à 14 ans Garçons : 13,3 % Filles :	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
Converture vaccinale de la tuberculose	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la tuberculose.	S/O	S/O	S/O	
Enfants protégés contre le tétanos néonatal	Proportion des enfants de un an protégés contre le tétanos néonatal par l'immunisation de leur mère.	S/O	S/O	S/O	
23	a) Réduction de 50 p. 100 des décès causés par la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. b) Réduction de 25 p. 100 du taux d'incidence de la diarrhée.				
Décès causés par la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre annuel de décès causés par la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans.	S/O	S/O	S/O	
Cas de diarrhée	Nombre moyen annuel d'épisodes de diarrhée par enfant de moins de 5 ans.	S/O	S/O	S/O	
Utilisation de la thérapie par réhydratation orale	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
Soins de la diarrhée à la maison	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous	S/O	S/O	S/O	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	coqueluche et le tétanos (DCT).			ans	
<i>Couverture vaccinale de la rougeole</i>	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la rougeole.	1995- 91,4 % (à l'âge de 2 ans S vaccins reçus à cet âge ou après le premier anniversaire de naissance)	1996 - 93,3 %	1998 - 93,6 % à l'âge de 2 ans	Hausse de 2,2 %
<i>ROR</i>		1993 - 95 % (à l'âge de 2 ans S vaccins reçus à cet âge ou après le premier anniversaire de naissance)	1997 - 94 %	1998 - 94 % à l'âge de 2 ans	Baisse de 1 %
<i>Couverture vaccinale de la poliomyélite</i>	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la poliomyélite.	1994 - 90 %	1996 - 90 % 1997 - 86 %	1998 - 90 % à l'âge de 2 ans	Sans changement
<i>Couverture vaccinale du Hib (Haemophilus influenzae de type b)</i>		1995 - 54,6 %	1996 - 69 %	1998 - 75 % à l'âge de 2 ans	Hausse de 20,4 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
19	Éradication de la poliomyélite.					
	<i>Cas de polio</i>	Nombre annuel de cas de polio.	1988 0	1996 0	1998 0	Sans changement
20	Élimination du tétanos néonatal vers 1995.					
	<i>Cas de tétanos néonatal</i>	Nombre annuel des cas de tétanos néonatal.	S/O	S/O	S/O	
21	Réduction de près de 95 p. 100 des décès causés par la rougeole et réduction de 90 p. 100 des cas de rougeole; en comparaison avec les taux de préimmunisation de 1995, pour la période en question, il s'agit d'une amélioration importante sur le plan de l'éradication globale de la rougeole.					
	<i>Décès causés par la rougeole des enfants de moins de 5 ans</i>	Nombre annuel des décès d'enfants de moins de 5 ans causés par la rougeole.	S	S	S	
	<i>Cas de rougeole</i>	Nombre annuel des cas de rougeole chez les enfants de moins de 5 ans.	1994 - 523	1996 - 332 1997 - 581	1998 - 12	Baisse de 97,7 %
22	Maintien d'un taux élevé de couverture vaccinale (au moins 90 p. 100 des enfants de moins de un an en l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose et contre le tétanos chez les femmes pendant la grossesse.					
	<i>Couverture vaccinale DCT</i>	Proportion des enfants de un an vaccinés contre la diphtérie, la	1994 - 82,3 %	1997 - 85 %	1998 - 83 % à l'âge de 2	Hausse de 0,7 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	<u>Autre indicateur</u>	Proportion des enfants de la 4 ^e année et de la 9 ^e année qui sont cliniquement obèses.	1981 - Filles : 14 % Garçons : 18 % 1991 - Filles : 24 % Garçons : 26 % (1981-1991)	S	S	
18	Diffusion des connaissances et des services de soutien afin d'augmenter la production alimentaire qui assurera la sécurité alimentaire à la maison.					
	<u>Sans indicateur particulier</u> Faim dans les familles canadiennes	Pourcentage de familles canadiennes qui ont dû se passer de manger au moins une fois dans l'année en raison d'un manque d'argent ou de nourriture.	S	1994 - 1,2 % ou 57 000 familles	S	
	Enfants qui proviennent de familles ayant recours aux banques alimentaires	Pourcentage d'enfants qui vivent dans des familles ayant recours aux banques alimentaires, sur le total des usagers de ces banques.	S	S	2000 à peu près 40 %	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	nourriture complémentaire.				
Taux d'allaitement maternel continu	Proportion des enfants âgés de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois qui sont allaités.	1994 - 69 % (enfants de moins de 2 ans qui ont été allaités)	1996 - 77 %	S	Hausse de 8 %
Nombre d'installations adaptées aux bébés	Nombre d'hôpitaux et d'installations pour maternité qui sont adaptés aux bébés conformément aux critères globaux de IHAB.	0	0	1	Hausse
17	Institutionnalisation de la croissance et de son contrôle régulier dans tous les pays pour la fin des années 1990.				
<u>Sans indicateur particulier</u> Observation de la fiche de croissance	Proportion des enfants âgés jusqu'à 2 ans qui ont une fiche de croissance.	S	S	S	
Surveillance de la croissance	Proportion des enfants âgés jusqu'à 2 ans qui ont une fiche de croissance.	S	S	S	
Obésité	Proportion des enfants de 0 à 5 ans qui sont cliniquement obèses.	S	S	S	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	<i>vitamine A</i>	de suppléments de vitamine A dans les six derniers mois.				
	<i>Mères recevant des suppléments de vitamine A</i>	Proportion des mères qui ont reçu une forte dose de suppléments de vitamine A avant que le bébé ait 8 semaines.	S/O	S/O	S/O	
	<i>Carence en vitamine A</i>	Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois avec un sérum rétinol au-dessous de 20 microgrammes par 100 ml.	S/O	S/O	S/O	
16	Accorder à toutes les femmes la liberté d'allaiter exclusivement leurs enfants pendant les quatre à six premiers mois après l'accouchement, et à les nourrir de lait maternel et de nourriture complémentaire pendant une bonne partie de la seconde année.					
	<i>Taux d'allaitement maternel exclusif</i>	Proportion des enfants de moins de 4 mois (120 jours) et de moins de 6 mois (180 jours) qui sont exclusivement allaités.	1990 - 43 % des femmes (de 15 ans et plus) allaient leur enfant.	1994-1995 taux national initial de 73 %	1996-1997 79 % des femmes (15 à 49 ans) allaient.	Données incomparables
	<i>Taux d'alimentation complémentaire opportun</i>	Proportion des enfants âgés de 6 à 9 mois (180 à 299 jours) qui sont nourris de lait maternel et de	S	S	S	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
13	Réduction du tiers des cas d'anémie causée par une carence en fer (chez les femmes) par rapport aux années 1990.				
<i>Anémie</i>	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans dont les niveaux d'hémoglobine sont au-dessous de 12 grammes par 100 ml de sang pour les femmes qui ne sont pas enceintes, et au-dessous de 11 grammes par 100 ml de sang pour les femmes enceintes.	S/O	S/O	S/O	
14	Élimination virtuelle des troubles causés par une carence en iode.				
Consommation de sel iodé	Proportion des familles qui consomment du sel iodé de manière adéquate.	S/O	S/O	S/O	
Iode urinaire faible	Proportion de la population (âge scolaire ou population générale) avec des taux d'iode urinaire au-dessous de 10 microgrammes par 100 ml d'urine.	S/O	S/O	S/O	
15	Élimination virtuelle de la carence en vitamine A et ses conséquences, dont la cécité.				
<i>Enfants recevant des suppléments de</i>	Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu une forte dose	S/O	S/O	S/O	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
Soins au moment de l'accouchement	Proportion des naissances auxquelles un personnel médical qualifié a participé.	1983-1993 99 %	S	1990-1997 99 %	Sans changement
Soins obstétricaux	Nombre d'installations offrant les soins obstétricaux essentiels complets par population de 500 000 personnes. Nombre d'installations offrant les soins obstétricaux essentiels de base par population de 500 000 personnes.	S	S	S	
12	Réduction du taux d'insuffisance de poids à la naissance (moins de 2,5 kg) à moins de 10 p. 100.				
Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg	Proportion des naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2 500 grammes.	1990 - 5,4 % 1991 - 5,6 % 1990 Garçons : 6,0 % Filles : 5,1 %	1995 - 5,7 % 1996 - 5,8 % 1995 Garçons : 6,1 % Filles : 5,3 %	S	Hausse de 0,4 % Hausse de 0,1 % Hausse de 0,2 %

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
10	Accès pour tous les couples à des renseignements et à des services afin de prévenir des grossesses trop précoces, pas assez espacées, trop tardives ou trop nombreuses.					
	Fréquence anticonceptionnelle	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle).	1980-1994 73 %	S	1990-1999 73 %	Sans changement
	Taux de fertilité chez les femmes de 15 à 19 ans	Nombre de naissances vivantes chez les femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 femmes du même groupe d'âge.	1991 - 25,98	1995 - 24,49 1996 - 22,34	1997 - 20,19	Baisse de 22 %
	Taux total de fertilité	Nombre moyen de naissances vivantes par femme qui a atteint la fin de sa période de fécondité.	1990 - 1,7	1996 - 1,6	1997 - 1,6	Baisse de 5,9 %
11	Accès pour toutes les femmes enceintes ayant recours à des soins prénatals, aux services d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement, ainsi qu'aux soins et à l'attention d'un personnel qualifié en cas de grossesse à risque élevé ou d'une urgence obstétricale.					
	Soins prénatals	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont consulté un membre qualifié du personnel médical au moins une fois pendant leur grossesse.	S/O	S/O	S/O	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	19 ans qui ont consulté un membre qualifié du personnel médical au moins une fois pendant leur grossesse.				
<i>Taux de prévalence du VIH</i>	Proportion des cas de sida chez les femmes adultes. Nombre de cas de sida chez les adultes; données séparées selon le sexe.	Avant 1990 5,6 % de cas de sida chez les femmes adultes. 1990 Femmes : 64 Hommes : 1 347	1994 -7,7 % de cas de sida chez les femmes adultes. 1994 Femmes : 131 Hommes : 1 556	1999 16,3 % de cas de sida chez les femmes adultes. 1999 Femmes : 41 Hommes : 208	Hausse de 10,7 %
<i>Anémie</i>	Proportion des femmes âgées entre 15 et 49 ans dont les niveaux d'hémoglobine sont au-dessous de 12 grammes par 100 ml de sang pour les femmes qui ne sont pas enceintes, et au-dessous de 11 grammes par 100 ml de sang pour les femmes enceintes.	S/O	S/O	S/O	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
d'incapacité infantile	14 ans qui ont une incapacité physique ou mentale.	(enfants âgés de 0 à 19 ans)		7,7 % des enfants étaient limités dans leurs activités ou avaient une incapacité entre la naissance et l'âge de 19 ans.	incomparables
9	Attention spéciale accordée à la santé et à la nutrition des enfants de sexe féminin et des femmes enceintes et allaitantes.				
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans, pour 1 000 naissances d'enfants vivants.	Voir n° 1 ci-dessus			
Taux de prévalence de l'insuffisance de poids chez les personnes de sexe masculin et féminin	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
Soins prénatals	Proportion des femmes âgées de 15 à	S/O	S/O	S/O	

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	à l'école primaire	qui sont inscrits à l'école primaire.	Garçons : 99 % Filles : 98 %		Garçons : 96 % Filles : 94 %	3 % Baisse de 4 %
	Taux net de scolarisation en enseignement primaire	Proportion des enfants en âge d'aller à l'école primaire qui sont inscrits à l'école primaire.	S	S	S	
7	Réduction de l'analphabétisme chez les adultes, avec accent mis sur l'alphabétisation des femmes.					
	Taux d'alphabétisation	Proportion de la population de 15 ans et plus capable de lire et écrire un court texte simple avec compréhension portant sur les activités quotidiennes.	1990 - 97 %	1995 - 97 %	S	sans changement
8	Fournir une protection améliorée aux enfants dans les situations particulièrement difficiles et s'attaquer aux raisons fondamentales qui mènent à ce genre de situations.					
	Test d'incapacité	Pourcentage estimé des enfants de 0 à 12 ans qui ont été testés pour une ou plusieurs incapacités par un ensemble de tests certifiés.	S	S	S	
	Taux global	Proportion des enfants âgés de 5 à	1991 - 7,2 %	S	1996-1997	Données

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
		approvisionnement en eau adéquat.	approvisionnement en eau adéquat.		
5	Accès universel à des moyens hygiéniques d'évacuation des excréments.				
Utilisation des moyens sanitaires pour l'évacuation des excréments	Proportion des membres de la population qui possèdent, à l'intérieur de leur habitation ou de leur complexe d'habitation : 1) une toilette connectée à un réseau d'égouts; 2) toute autre chasse d'eau (privée ou publique); 3) des latrines à fosse améliorée; 4) des latrines à fosse traditionnelle.	1987-1988 72 % des réserves des Premières nations possédaient des systèmes d'évacuation des eaux usées.	1996-1997 91,5 % des réserves des Premières nations possédaient des systèmes d'évacuation des eaux usées.	S	Hausse de 19,5 %
6	Fournir un accès général à une éducation de base, ainsi que la réussite de l'éducation primaire par au moins 80 p. 100 des enfants d'école primaire, soit par une éducation formelle, soit par une éducation informelle de normes d'apprentissage comparables, en mettant l'accent sur la réduction des inégalités entre garçons et filles.				
Enfants qui se rendent en 5 ^e année	Proportion des enfants qui, en commençant leur 1 ^{re} année à l'école primaire, se rendront en 5 ^e année.	1986-1993 96 %	S	1990-1995 99 %	Hausse de 3 %
Taux net d'inscription	Proportion des enfants d'âge primaire	1986-1992	S	1993-1995	Baisse de

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
	<i>Taux de prévalence de l'arrêt de croissance</i>	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
	<i>Taux de prévalence du dépérissement</i>	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	
4	Accès universel à l'eau potable.					
	<i>Utilisation de l'eau potable</i>	Proportion de la population qui utilise les types d'approvisionnement en eau potable suivant : 1) eau courante; 2) eau de la ville; 3) eau de puits et par pompage; 4) eau de puits (protégés et couverts); 5) source protégée.	S Premières nations : 1987-1988 82 % des habitations des réserves avaient un	S 1996-1997 96,1 % des habitations des réserves avaient un	1998 - 99 % Accès à l'eau potable dans un périmètre adéquat pour les habitations des consommateurs.	

Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
Taux de mortalité infantile	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de un an, pour 1 000 naissances vivantes.	6,8 Premières nations : 11,2	5,6 1994 - 11,98	1997 - 5,5 1998 - 6 S	Baisse de 19 % Hausse de 7 %
2	Réduction de moitié du taux de mortalité maternelle.				
Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès annuels causés par une grossesse, au moment où les femmes sont enceintes ou dans les 42 jours précédant l'accouchement, pour 1 000 naissances d'enfants vivants.	6	1995 - 4	Moins de 5 par 100 000 naissances dans les années 1990	Baisse de 33,3 %
3	Réduction de moitié des cas de malnutrition grave ou modérée parmi les enfants de moins de 5 ans.				
Taux de prévalence de l'insuffisance pondérale	Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids descend au-dessous de deux et au-dessous de trois des écarts types du poids moyen de la population de référence de NCHS/OMS.	S/O	S/O	S/O	

Annexes

Annexe 1

INDICATEURS GLOBAUX POUR LE PROGRÈS DE LA SURVEILLANCE À LA FIN DE LA DÉCENNIE

Rapport sur le progrès du Canada

Note : Dans l'annexe 1, on utilise S/O quand les indicateurs sont sans objet, particulièrement ceux qui s'appliquent le plus aux pays en développement. Dans les sections où le symbole est utilisé, on emploie ce symbole pour indiquer soit que cette donnée n'est pas officiellement compilée, soit que l'étude nationale ou les méthodes de collecte de données n'existent pas pour cet indicateur. Les autres indicateurs représentent des indicateurs comparables qui sont utilisés dans les cas où les indicateurs particuliers requis ne sont pas disponibles ou non recueillis.

	Objectif	Description	1990	1996	2000	Résultats 1990-2000
1	Réduction du taux de mortalité infantile et de celui des enfants de moins de 5 ans d'un tiers, soit à 50 et à 70 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, selon le taux le moins élevé.					
	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes.	9	7	1998 - 6	Baisse de 33,3 %

6. Résumé

Le gouvernement du Canada s'engage à poursuivre les objectifs fixés lors du Sommet mondial pour les enfants, et, depuis 1990, il a pris une série de mesures en vue de mettre en œuvre les droits des enfants et d'améliorer leur bien-être. Par le biais des efforts collectifs des Canadiens et de l'ensemble des paliers gouvernementaux, le Canada a réalisé des progrès relativement à l'atteinte d'une grande partie des objectifs du Sommet mondial, et il continuera de travailler à l'échelle nationale et internationale pour s'assurer de l'atteinte des idéaux du Sommet.

Les efforts du Canada en rapport avec l'atteinte des objectifs du Sommet mondial renfermaient des mesures visant à améliorer la sécurité, la sûreté, la santé et le développement des enfants, et à promouvoir la mise en œuvre de leurs droits en vertu de la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Les initiatives particulières entreprises par les gouvernements comprenaient, entre autres, l'amélioration du développement de la petite enfance, l'expansion de la couverture vaccinale, l'amélioration de l'accès à l'information pour les enfants au moyen d'Internet, le renforcement de la protection des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles et l'accroissement du soutien économique pour les enfants et leur famille. Des progrès ont été réalisés dans ces domaines et dans d'autres, mais il n'en demeure pas moins qu'il est toujours aussi important de travailler conjointement afin d'assurer et d'améliorer le bien-être des enfants du Canada et du monde entier.

Les mesures éventuelles qui se rattachent aux enfants seront prises en fonction des principes de la *Convention relative aux droits de l'enfant*, et elles seront élaborées à partir des nombreuses leçons tirées des expériences des communautés, des associations bénévoles et des gouvernements au cours de la dernière décennie. Toutes ces expériences et les nombreux engagements serviront à renforcer les efforts du Canada visant à assurer le bien-être, la protection et la participation des enfants et des jeunes à l'aube du nouveau millénaire.

publique des enfants autochtones. En élaborant des programmes axés sur les enfants et les familles autochtones et en travaillant avec les organisations et les communautés autochtones, on pourra mettre au point des solutions appropriées pour satisfaire aux besoins particuliers et urgents des enfants autochtones.

international et à la promotion de la diversité culturelle. Ces initiatives ont permis de tirer d'importantes leçons sur les méthodes les plus adéquates et les plus efficaces pour favoriser la participation des jeunes gens, ainsi que sur la nécessité d'augmenter davantage l'intervention des jeunes. Entre autres, on a constaté ce qui suit : les modèles de comportement des pairs, les personnes-ressources pour jeunes adultes et les techniques d'enfant à enfant constituent des méthodes efficaces pour valoriser la participation des enfants; les jeunes apprennent mieux en agissant, en participant activement et directement plutôt qu'en se faisant dire quoi faire; une fois qu'ils sont mis à contribution, les jeunes ont tendance à passer à des affaires communautaires plus générales, multipliant ainsi les bénéfices de leur participation initiale partout dans leur communauté; pour participer au travail, les jeunes doivent pouvoir exprimer leurs opinions et leur créativité librement.

Les divers besoins d'un enfant sont comblés par plusieurs acteurs, mais comme la *Convention relative aux droits de l'enfant* le démontre, les parents et la famille jouent un rôle primordial en lui fournissant les soins et la nourriture nécessaires pour assurer son bon développement physique, moral, social et spirituel. Par ces nombreuses initiatives pour les enfants, le Canada en est venu à comprendre l'importance de la participation des parents et de la famille. Il cherche à mettre en application ce principe pour que les parents puissent soutenir leurs enfants et pour que le gouvernement soit en mesure de trouver des moyens efficaces d'aider les parents dans leur rôle.

En dehors des rôles joués par les parents, les familles et les gouvernements, il existe une grande et riche diversité d'acteurs qui influencent le bien-être des enfants. Les gouvernements ont appris que le fait d'encourager les partenariats parmi cette diversité d'acteurs s'avérerait un puissant outil favorisant l'élaboration d'approches innovatrices pour satisfaire les besoins des enfants. Les différents paliers gouvernementaux, les municipalités, les organisations bénévoles, les associations professionnelles, les écoles et le secteur privé sont engagés dans des partenariats couvrant des secteurs tels que la santé, la sécurité de l'enfant, le développement de la collectivité, les loisirs, les arts et la culture, l'éducation et le soutien à l'égard de la participation des jeunes.

D'importantes leçons ont aussi été apprises en ce qui a trait à l'assurance du bien-être des peuples autochtones du Canada. La population autochtone est sensible aux variations et aux fluctuations de l'économie nationale. En outre, l'isolement relatif de nombreuses communautés des Premières nations freine les occasions de développement économique. L'amélioration de la sécurité du revenu fournit plus de possibilités aux peuples autochtones. Par exemple, dans le cadre du plan d'action du gouvernement du Canada pour les questions autochtones *Rassembler nos forces*, la Stratégie de développement des ressources humaines autochtones crée des partenariats complets entre le gouvernement fédéral et les communautés autochtones. Conformément à la Stratégie, les signataires d'ententes autochtones peuvent concevoir et fournir des programmes relatifs au marché du travail, des projets en matière de garde des enfants et des programmes d'aptitude à l'emploi, afin d'assurer que les Canadiens autochtones aient accès aux débouchés du marché du travail et, par le fait même, à un meilleur niveau de vie.

Ensuite, le fait d'augmenter la capacité pour les établissements autochtones de fournir des soins et de la nourriture aux enfants de leur propre communauté renforce la croissance vérifiable et culturellement adéquate de la capacité communautaire. Le travail en partenariat avec les collectivités et les organisations autochtones fait en sorte que des mesures seront prises pour favoriser la santé, l'aspect social et la sécurité

5. Leçons tirer

Les actions prises en faveur des enfants au cours des dix dernières années ont procuré au Canada une gamme d'expériences importantes relativement aux interventions les plus efficaces et aux prises de mesures gouvernementales qui s'avèreraient les mieux structurées pour les enfants.

La première leçon apprise qui s'applique aux initiatives éventuelles pour les enfants dit que les mesures efficaces pour les enfants nécessitent une très grande coordination dans les ministères et entre les différents paliers gouvernementaux est également adéquate pour de nombreuses autres initiatives où les objectifs des programmes sont à la fois multisectoriels et variés, tout comme les besoins des enfants. Au Canada, de nombreux ministères du gouvernement fédéral se partagent la responsabilité du bien-être des enfants. Tel qu'il a déjà été mentionné, les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux se partagent ces responsabilités et ils jouent tous un rôle distinct et complémentaire pour assurer le soutien aux enfants et aux familles. Il existe un besoin permanent, pour les différents paliers gouvernementaux, de renforcer la collaboration interministérielle avec le gouvernement du Canada en vue d'améliorer l'efficacité des mesures prises en rapport avec les enfants.

En ce qui concerne l'efficacité des diverses mesures gouvernementales touchant les enfants, l'expérience a démontré qu'une forte participation sociale à grande échelle, associée à une attention supplémentaire sur la prévention chez les enfants les plus à risque, pouvait améliorer le bien-être des enfants et contrebalancer les effets de la pauvreté et de l'inégalité. Un système de soins de santé viable, accessible à tous les enfants canadiens, demeure l'investissement le plus important pour la santé des enfants canadiens. L'accessibilité à l'éducation publique et la qualité de celle-ci se révèlent également des éléments importants pour le développement de l'enfant. Ces programmes universels sont souvent complétés par des initiatives plus précises visant ceux qui risquent de ne pas atteindre une qualité optimale de santé et de développement. Ensemble, les approches sélectives et universelles permettent aux gouvernements de joindre tous les citoyens et de porter une attention particulière à ceux qui sont vraiment dans le besoin.

Tout au long des années 1990, on a porté une attention marquée aux enfants et aux familles pauvres du Canada. Pendant ce temps, la priorité du gouvernement du Canada ainsi que des gouvernements provinciaux et des territoires était de s'attaquer aux causes du faible revenu des familles avec enfants et d'en diminuer les conséquences. Comme il est décrit en détail à la section 4, les mesures prises étaient à grande échelle, mais les résultats ont été variables. L'expérience des années 1990 a démontré qu'un mélange complexe de facteurs mène à la pauvreté et qu'une vaste association de mesures touchant tous les aspects du développement de l'enfant sont nécessaires pour s'attaquer aux répercussions de la pauvreté sur les enfants et les familles. Cette approche globale visant à intervenir face à la pauvreté a influencé les mesures gouvernementales et elle est manifeste dans les mesures décrites dans le présent rapport et, de façon particulière, dans les sections 3 et 4.5.

Le droit d'un adolescent de donner son opinion dans les décisions qui le concernent est reconnu par la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Le Canada a donc intégré les principes de la participation des jeunes dans les initiatives liées au développement collectif et économique, à la santé des jeunes, à la protection de l'environnement, à la justice pour les jeunes, à l'exploitation sexuelle, au développement

On a établi un lien entre les risques environnementaux et la plupart des causes principales de décès, de maladie et d'hospitalisation chez les enfants canadiens (âgés de 0 à 19 ans), dont l'insuffisance de poids à la naissance et les anomalies congénitales, les blessures accidentelles, le cancer, le syndrome de mort subite du nourrisson (SMNS), les infections respiratoires et l'asthme. Au cours des vingt dernières années, il y a eu quatre fois plus de cas d'asthme chez les enfants; de nos jours, 12 p. 100 des enfants canadiens (âgés de 0 à 19 ans) en souffrent, et 29 000 enfants sont hospitalisés chaque année. De plus, l'exposition à la fumée de tabac ambiante à la maison est la cause de l'apparition de divers problèmes de santé chez les enfants. Au Canada, 33 p. 100 des enfants de moins de 12 ans sont exposés régulièrement à la fumée de tabac à la maison. Par surcroît, l'exposition des enfants à l'eau polluée, aux pesticides, aux polluants organiques et aux autres produits chimiques peut avoir de graves répercussions sur le développement de leur fonction endocrinienne et de leur système immunitaire.

Certaines améliorations ont été apportées en rapport avec les niveaux de toxine dans l'environnement. Le Canada a réduit la plombémie chez les enfants et les adultes, ce qui le classe parmi les bas niveaux des pays développés : il a réduit la teneur en plomb de 1,9 microgrammes par litre en 1984 à 3,5 microgrammes par litre en 1992. Le Canada a également réduit ses émissions de dioxyde de carbone. Entre 1989 et 1994, les émissions de dioxyde de carbone par habitant provenant de la combustion de combustibles fossiles ont chuté de 16,55 tonnes à 15,65 tonnes.

Il reste nécessaire d'effectuer une recherche coordonnée, intégrée et globale pour établir la nature exacte du lien qui prévaut entre les risques environnementaux et la santé des enfants. Le gouvernement du Canada s'est engagé à élaborer et à mettre en œuvre des mesures visant à aborder les problèmes de salubrité de l'environnement des enfants, et il continuera d'agir en ce sens à l'avenir.

En 1998, le Canada a créé un fonds étalé sur cinq ans pour soutenir les programmes conformes aux objectifs de la Convention. Jusqu'à ce jour, le Canada a dépensé des millions de dollars provenant de ce fonds pour soutenir le déminage et les activités connexes de repérage, l'aide aux victimes ainsi que les programmes d'alerte aux dangers des mines dans chaque région du monde touchée par les mines. De plus, le Canada a subventionné la collectivité internationale non gouvernementale pour soutenir les activités viables menant à l'universalisation éventuelle de la nouvelle norme internationale suggérée par la Convention.

4.9 Protection de l'environnement

De plus en plus, les données démontrent que de nombreux problèmes de santé dont souffrent les enfants sont causés ou exacerbés par la pollution de l'environnement, et que l'exposition des enfants aux dangers environnementaux a des conséquences qui diffèrent de celles touchant les adultes et qui sont souvent plus graves que dans le cas des adultes. Les fœtus en développement et les bébés et les enfants sont en croissance rapide : leurs cellules se multiplient et leurs organes (comme le cerveau, le foie et le système immunitaire) se développent à un rythme plus rapide qu'à n'importe quel autre moment de leur vie. Mais les toxines environnementales perturbent ces processus complexes et peuvent causer des maladies, des incapacités et même provoquer un décès prématuré. Les enfants prennent plus d'air, d'eau et de nourriture en rapport avec leur poids corporel, ce qui peut entraîner des effets disproportionnés des risques environnementaux.

La protection, le développement durable et la salubrité de l'environnement des enfants sont prioritaires pour le gouvernement du Canada. Ce dernier a mis en place plusieurs initiatives pour aborder les problèmes qui touchent la salubrité de l'environnement des enfants. En 1997, le Canada a signé la Déclaration de Miami tout comme les autres pays du G8, dans laquelle on a traité des méthodes pour l'évaluation des risques et l'établissement des normes, du plomb, d'une eau potable saine sur le plan microbiologique, des substances chimiques qui perturbent la fonction endocrinienne, de la fumée de tabac ambiante et de la qualité de l'air. Également, le Canada a soutenu en principe la déclaration ministérielle européenne de 1999, qui a été parrainée par l'OMS et qui comprenait des engagements à l'égard de la santé des enfants et de l'environnement. Plus récemment, le Canada s'est engagé à élaborer un programme de concertation à long terme avec le Mexique et les États-Unis, afin d'aborder les problèmes propres à la salubrité de l'environnement des enfants, conformément à la Commission nord-américaine de coopération environnementale.

Le gouvernement du Canada s'engage aussi à favoriser la collaboration intersectorielle et à travailler conjointement avec les ONG pour s'attaquer à la salubrité de l'environnement des enfants. En 1996, le gouvernement fédéral, avec les représentants de divers organismes, du secteur privé et du monde universitaire, a participé à un programme lancé par l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI) qui comprenait un symposium national, des activités de recherche sur la santé et l'environnement des enfants et des mesures de sensibilisation à cet égard. À l'été 2000, le gouvernement du Canada a parrainé un atelier sur la mise en place d'un programme visant à améliorer la salubrité de l'environnement des enfants (Our Children, Our Health : Towards a Children's Environmental Health Agenda), dans le but d'établir les secteurs où la prise de mesures s'imposait le plus.

En avril 2000, le Canada et la Ghana ont parrainé conjointement la Conférence sur les enfants touchés par la guerre en Afrique de l'Ouest, qui a démontré la façon dont les principaux acteurs pouvaient s'engager à prendre des mesures à l'égard des problèmes auxquels font face les enfants touchés par la guerre. Par le biais des réseaux bilatéraux, régionaux et multilatéraux actuels, le Canada participe activement à la protection des enfants touchés par la guerre, tout comme les pays qui prennent des engagements envers ces enfants et qui sont de plus en plus nombreux à le faire, et il tente d'intégrer cette question dans le programme des Nations Unies, de l'OEA, de l'OSCE, de l'OUA et de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Le Canada a été un défenseur important de la mise en place des mécanismes institutionnels pour la protection des enfants auprès des organismes régionaux. Aux Nations Unies, le Canada soutient le représentant spécial du Secrétaire général pour la protection des enfants en période de conflit armé et les organismes des Nations Unies, en particulier l'UNICEF et le Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés. Au Conseil de sécurité, le Canada a considéré le problème des enfants touchés par la guerre comme un élément clé dans les initiatives visant à promouvoir la protection de la société civile dans les conflits armés, et il a appuyé vigoureusement les initiatives du Conseil de sécurité de sorte que les besoins des enfants soient compris dans les opérations de paix et dans la formation sur la consolidation de la paix.

Depuis 1995, le programme d'assistance humanitaire internationale de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) a contribué pour plus de 25 millions de dollars aux activités axées directement sur les enfants touchés par les conflits armés. D'autres projets ont été effectués dans le cadre des programmes bilatéraux que l'ACDI mène dans divers pays de concert avec des ONG canadiennes et d'autres organismes comme l'UNICEF et la Croix-Rouge. Le Fonds canadien d'initiatives locales a également subventionné des projets en collaboration avec des ONG locales. En outre, l'ACDI a soutenu le travail du Bureau du représentant spécial du Secrétaire général pour les enfants et les conflits armés, en encourageant la collaboration avec les autres agences et bureaux des Nations Unies. L'ACDI a aussi mis en place un *Programme cadre pour les enfants touchés par les conflits armés*, qui donne des directives pour l'élaboration de programmes. Elle a compilé un *Sondage sur l'expérience canadienne de programmes pour les enfants touchés par les conflits armés* qui donne un profil de l'expérience des partenaires canadiens avec les enfants touchés par des conflits selon le secteur (santé, éducation, etc.) et le lieu géographique.

En collaboration avec plusieurs autres États et ONG, le Canada a joué un rôle prédominant dans la mise en place et la mise en vigueur de la *Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction*. Le Canada considère la Convention comme le cadre le plus adéquat pour enrayer le fléau mondial des mines antipersonnel et pour s'assurer de l'élimination éventuelle de cette arme qui frappe sans discrimination. En décembre 1997, le Canada est devenu le premier pays à signer et à ratifier cette convention.

La Loi de mise en œuvre de la Convention sur les mines antipersonnel législation mettant en vigueur la *Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction* a reçu la sanction royale le 27 novembre 1997. Cette loi interdit la mise au point, la production, l'acquisition, la possession, le transfert, le stockage et la mise en place de mines antipersonnel et exige que le gouvernement du Canada détruise toutes les mines antipersonnel entposées par le Canada (même si la destruction des stocks a eu lieu avant que le Parlement approuve la loi).

4.8 Enfants dans des conflits armés et dans la consolidation de la paix

Un des objectifs les plus urgents dans le domaine de la sécurité humaine consiste à protéger les enfants touchés par la guerre. Depuis une dizaine d'années, les conflits armés ont fait d'innombrables victimes parmi les enfants : près de deux millions de morts, plus de quatre millions d'infirmités et plus de un million d'orphelins. Plus de dix millions d'enfants ont été psychologiquement marqués par les traumatismes subis à la suite d'enlèvements, de mises en détention, d'agressions sexuelles et de l'assassinat de membres de leur famille.

Le sort de ces enfants préoccupe profondément le Canada et occupe une place importante dans sa politique étrangère. C'est pourquoi le Canada a joué un rôle de chef de file dans la négociation et l'adoption du *Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés*, et qu'il a été le premier pays à signer et à ratifier le *Protocole facultatif d'enfants dans les conflits armés*. En prenant cette initiative, le gouvernement fédéral a travaillé en juin et en juillet 2000, respectivement. La Défense nationale afin de modifier l'article 34 de la *Loi sur la défense nationale* (projet de loi S-18) en vue d'inscrire dans la loi la politique des Forces canadiennes de ne pas déployer des personnes de moins de 18 ans dans les théâtres d'opérations hostiles. Le Canada continuera d'encourager la ratification et la mise en application du *Protocole facultatif* par le plus grand nombre possible de pays, afin d'en accélérer l'entrée en vigueur et de mettre un terme au recrutement et au déploiement forcés d'enfants-soldats.

Dans le cadre de ces efforts, le Canada a accueilli plus de 800 délégués à la toute première Conférence internationale sur les enfants touchés par la guerre, qui s'est tenue à Winnipeg du 10 au 17 septembre 2000. La participation des jeunes était un des objectifs clés de cette conférence et elle s'est avérée un succès. Les délégués des jeunes ont débuté en tenant leurs propres séances privées et ont ensuite participé à la Conférence à titre de délégués de plein droit à la réunion d'experts et à la réunion ministérielle. La réunion d'experts, qui a rassemblé des gouvernements, des ONG, des chercheurs, des représentants des médias et du secteur privé ainsi que des jeunes, a entraîné la présentation de recommandations axées sur l'avenir pour que les différents acteurs de la communauté internationale prennent des mesures. Parmi les principaux thèmes qui ont ressorti de la conférence, citons l'importance de l'éducation relativement à la réadaptation et à l'édification de la paix pour surmonter les nombreuses difficultés auxquelles font face les enfants touchés par la guerre, la prévention des conflits, le lien entre le VIH/sida, les conflits et les enfants, la nécessité de mettre fin à l'impunité et d'accroître la responsabilisation, et la résilience des jeunes et le rôle important que ceux-ci doivent jouer dans la reconstruction et la consolidation de la paix. La réunion ministérielle, à laquelle ont assisté plus de quarante ministres et représentants de 132 gouvernements, a entraîné l'appui des gouvernements à l'égard d'un programme international sur les enfants touchés par la guerre. On a mis sur pied un comité directeur responsable de la surveillance du suivi de la conférence internationale et de la prestation de conseils à cet égard. De plus, les résultats de la conférence contribueront à la session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants de 2001.

Le travail des enfants et des jeunes

Le travail fondé sur l'exploitation des enfants, ou tout autre travail qui risque de nuire au développement ou à l'éducation des enfants, n'est pas considéré comme un défi national au Canada. Il existe déjà des lois dans les provinces canadiennes pour restreindre le travail des enfants âgés de moins de 14 ou 15 ans dans la plupart des cas. Le gouvernement du Canada a aussi imposé des restrictions sur l'emploi des enfants de moins de 17 ans dans les milieux de travail fédéraux. Toutes ces restrictions visent à interdire tout travail qui nuit à la scolarité obligatoire des enfants conformément aux lois provinciales.

La proportion de jeunes de 15 à 19 ans participant à la main-d'œuvre au Canada a diminué, entre 1990 et 1996, de 59 p. 100 à 48,1 p. 100 chez les garçons et de 56 p. 100 à 46,6 p. 100 chez les filles. Plus récemment, en 1998, ce taux est demeuré stable avec une légère augmentation à 48,3 p. 100 chez les garçons et à 47,9 p. 100 chez les filles. La majorité des emplois occupés par les jeunes sont enrichissants, car ils permettent à ces derniers de vivre de nombreuses expériences inédites et d'obtenir des renseignements sur leur cheminement personnel et sur leur carrière auprès de diverses sources. Ces expériences favorisent les droits des enfants plutôt que de les léser.

Le Canada est malgré tout conscient de la menace du travail qui exploite les enfants à l'échelle nationale et internationale. Il s'est donc engagé à prendre des mesures adéquates pour empêcher l'emploi d'enfants pour des travaux dangereux et pour aborder les problèmes à cet égard. À cette fin, le Canada a ratifié la *Convention 182 de l'OIT sur les pires formes de travail des enfants* le 6 juin 2000, à la suite de consultations menées auprès des provinces et des territoires ainsi que des associations patronales et syndicales. La Convention a pour but d'éliminer les pires formes de travail des enfants, comme toutes les formes d'esclavage (telles que la servitude pour dettes et le recrutement forcé des enfants en vue de leur utilisation dans des conflits armés), l'usage d'enfants à des fins de prostitution, la pornographie et le trafic de stupéfiants, et le travail susceptible de nuire à la sécurité et à la santé morale et physique des enfants.

Au moment de la ratification, le Canada a annoncé qu'il fournirait une aide de quinze millions de dollars sur une période de cinq ans (trois millions par année) à l'Organisation internationale du travail (OIT) pour la mise en œuvre de programmes sur l'élimination du travail des enfants. Sur cette somme, trois millions de dollars ont déjà été attribués au Programme d'information statistique et de suivi sur le travail des enfants, un programme de l'OIT qui vise à aider cinquante pays membres à produire les données d'ensemble propres à toutes les formes de travail des enfants, afin d'améliorer la compréhension des problèmes pour mieux concentrer les efforts visant à éliminer le travail des enfants. Au cours des quatre prochaines années, des subventions totalisant douze millions de dollars seront versées dans les programmes de l'OIT qui visent l'élimination du travail des enfants.

Les enfants ayant une déficience

Certains exemples de législation au Canada indiquent un besoin de faciliter, de manière raisonnable, la vie des personnes qui ont une déficience, y compris les enfants. Au cours des dix dernières années, la proportion des enfants canadiens ayant une déficience a connu un léger changement. En 1991, la proportion des Canadiens de moins de 19 ans qui avaient une limitation d'activité ou une incapacité était de 7,2 p. 100. En 1996-1997, cette proportion a augmenté à 7,7 p. 100. Dans les collectivités des Premières nations, les taux de déficience sont deux fois plus élevés que la moyenne nationale. Les mesures déployées au profit des personnes handicapées sont des priorités constantes pour les gouvernements à travers le Canada. Parmi les mesures prises récemment par le gouvernement fédéral en faveur des Canadiens handicapés figurent un meilleur accès à des bourses d'études, à des subventions et à des prêts au logement, à l'aide à l'emploi, ainsi qu'à une gamme de crédits d'impôts.

Les enfants exploités sexuellement

La lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants est une responsabilité que partagent au Canada différents paliers gouvernementaux et de nombreux organismes et organisations non gouvernementaux. Le gouvernement du Canada, par le biais du travail d'un comité interministériel fédéral, élabore et promeut une stratégie canadienne en réponse à la Déclaration et au Plan d'action provenant de la *Première conférence mondiale contre l'exploitation sexuelle des enfants*, qui s'est tenue à Stockholm en 1996. Cette stratégie comprend la participation des enfants, la prévention, la protection, le rétablissement et la réintégration, la collecte et la diffusion de renseignements, la coopération internationale et le suivi. Le comité public et met à jour un rapport dressant la liste des activités gouvernementales qui concourent à éliminer l'exploitation sexuelle des enfants. L'un des éléments les plus importants de la stratégie nationale canadienne est l'ouverture et le maintien de canaux de communication.

En mai 1997, le projet de loi C-27 a entraîné des modifications au *Code criminel* afin que des poursuites puissent être engagées au Canada contre les individus qui se livrent au tourisme sexuel impliquant des enfants lors de séjours à l'étranger, et qu'il soit plus facile de procéder à l'arrestation et à la poursuite en justice des personnes qui ont recours aux services de prostitution juvénile au Canada. Le projet de loi prévoit également une peine minimale de cinq ans d'emprisonnement pour tout individu qui vit des produits de la prostitution d'une personne âgée de moins de 18 ans, qui use de violence à son égard et qui l'aide à se livrer à la prostitution pour l'argent.

Le gouvernement fédéral a mis en place un processus de consultation par l'entremise du Comité permanent fédéral-provincial-territorial des représentants des droits de la personne, afin d'examiner toute mesure de mise en œuvre nécessaire en vue du *Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie impliquant des enfants* pour les compétences fédérale, provinciales et territoriales, en prévision de la signature et de la ratification éventuelles de cet instrument par le Canada.

Les enfants autochtones

Il est possible de constater les différences sur le plan des conditions socioéconomiques qui prévalent entre les Indiens inscrits vivant dans des réserves et la population canadienne totale, à la fois à l'intérieur des communautés des Premières nations et dans l'ensemble de la population du Canada. Toutefois, l'écart continue de se réduire entre ces groupes. Au cours de la période de 1990 à 1995, on a apporté des améliorations en vue de diminuer l'écart entre les salaires. En ce qui concerne les Indiens inscrits vivant dans des réserves, on a observé une augmentation pour ceux qui ont terminé l'apprentissage d'un métier ou une formation non universitaire entre 1991 et 1996. Parmi la population des Indiens inscrits, les revenus des femmes provenant d'un emploi, calculés en pourcentage de ceux des hommes, ont augmenté pendant la période de 1990 à 1995. On trouvera à la section 4.6 les chiffres statistiques sur le niveau de scolarisation des Autochtones. Dans d'autres domaines, d'importants défis s'opposent encore au progrès. Dans une étude consacrée à une communauté d'une Première nation du Manitoba, les taux du syndrome alcoolique fœtal (SAF) et de l'effet de l'alcool sur le fœtus (EAF) se sont avérés de 10 à 30 fois plus élevés que ceux de la fréquence mondiale. En 1996-1997, les enfants des Premières nations étaient également cinq fois plus susceptibles d'être à la charge des agences du Service à l'enfance et à la famille (SEF) que la moyenne nationale. Le rapport entre les enfants indiens inscrits vivant dans les réserves pris en charge et les enfants indiens inscrits vivant dans les réserves âgés de 16 ans et moins est demeuré stable au cours des cinq dernières années. Enfin, le taux de suicide chez les peuples autochtones est trois fois plus élevé que le taux ayant trait aux personnes non autochtones. Le taux de suicide chez les femmes des Premières nations âgées entre 15 et 24 ans est huit fois plus élevé que le taux national chez les femmes du même groupe d'âge. La section 3, intitulée *Mesures prises à l'échelle nationale*, présente quelques exemples de mesures prises par le gouvernement canadien à l'égard des Autochtones.

Les enfants pris en charge

Le Canada, dans son ensemble, ne dispose pas d'une définition uniforme pour désigner les enfants pris en charge puisque les conditions nécessaires pour qu'un enfant soit pris en charge varient selon les compétences provinciales et territoriales. De manière générale, les enfants pris en charge représentent les enfants qui, après avoir souffert de mauvais traitements ou de négligence, sont pris en charge par les bureaux de la protection de l'enfance des provinces ou des territoires, qui en assument la responsabilité de façon temporaire ou permanente.

En mars 1990, on comptait environ 30 180 enfants pris en charge (ce qui ne comprend pas les données de la province de Québec, qui n'étaient pas disponibles à ce moment-là). En mars 1999, il y en avait à peu près 41 940 (chiffre qui exclut les données du Québec). Les données estimatives du Québec ne sont devenues disponibles qu'en mars 1998, mais les données les plus récentes démontrent qu'il y a 20 510 enfants pris en charge au Québec, ce qui porte le grand total d'enfants pris en charge au Canada à quelque 62 450 pour 1999.

La gamme des conditions qui décrivent les enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles est diversifiée. Ces conditions s'éloignent considérablement de celles qui sont décrites dans la présente section et elles concernent les enfants exploités sexuellement, les enfants réfugiés, les enfants pris en charge par l'État, la vente et le trafic d'enfants et beaucoup d'autres. Un point commun regroupe tous ces enfants : ils vivent tous une situation qui représente un obstacle à leurs droits, à leur bien-être et à leur développement, ou qui compromet ces derniers. Les mesures efficaces mises en place par le gouvernement permettent de réduire les répercussions de ces conditions difficiles sur les enfants, de mettre l'accent sur la prévention en travaillant avec les enfants qui risquent de les connaître, ou de combiner ces approches.

4.7 Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles

Les capacités de lecture s'avèrent essentielles pour participer pleinement dans le monde actuel. L'éducation et l'alphabétisation des parents peuvent avoir des conséquences positives sur le niveau d'instruction d'un enfant. Le Canada jouit en général d'un taux élevé d'adultes alphabétisés; en 1995, une proportion de 97 p. 100 des personnes âgées de 15 ans et plus étaient capables de lire et d'écrire un texte général sur leur vie de tous les jours.

Les Indiens inscrits ont connu une croissance soutenue de leur niveau de scolarisation entre 1991 et 1996, à la fois dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci. Le nombre total d'enfants dans les réserves inscrites dans une école maternelle et dans une école primaire ou secondaire a augmenté de 37 p. 100 entre 1988-1989 et 1998-1999. Un plus grand nombre d'Indiens inscrits terminent leur scolarité. Pour les Indiens inscrits, le pourcentage de ceux qui obtiennent un diplôme universitaire a augmenté de 2,0 p. 100 en 1991 à 3,0 p. 100 en 1996. Le nombre d'Indiens inscrits et d'Inuits inscrits dans un établissement postsecondaire a presque doublé entre 1988-1989 et 1998-1999. Le taux d'inscription au niveau postsecondaire au sein de la population des Indiens inscrits âgés de 17 à 34 ans est demeuré constant de 1994-1995 à 1997-1998. En 1996, parmi la population des Indiens inscrits de 15 ans et plus et allant à l'école, 80,5 p. 100 fréquentaient l'école à plein temps, soit 10 p. 100 de plus que la population canadienne totale.

Les capacités de lecture s'avèrent essentielles pour participer pleinement dans le monde actuel. L'éducation et l'alphabétisation des parents peuvent avoir des conséquences positives sur le niveau d'instruction d'un enfant. Le Canada jouit en général d'un taux élevé d'adultes alphabétisés; en 1995, une proportion de 97 p. 100 des personnes âgées de 15 ans et plus étaient capables de lire et d'écrire un texte général sur leur vie de tous les jours.

Le gouvernement du Canada a élaboré une nouvelle initiative dans le but d'améliorer l'accès à l'éducation postsecondaire et de minimiser l'endettement des étudiants au terme des études. La Subvention canadienne pour l'épargne-études est un élément visant à inciter les individus à déposer des fonds dans les régimes enregistrés d'épargne-études (REEE). La subvention fournit un montant additionnel de l'ordre de 20 p. 100 qui peut atteindre 400 \$ par année pour la première tranche de 2 000 \$ placée chaque année dans un REEE pour les enfants canadiens âgés de 0 à 17 ans. Elle vise à encourager les familles à préparer leurs enfants dès leur jeune âge aux aspects financiers, sociaux et universitaires de l'éducation postsecondaire. Depuis la création du programme, le nombre de contrats de REEE a plus que doublé, et le nombre de prestataires augmente de façon constante. En mars 2000, 15 p. 100 des enfants canadiens étaient prestataires d'un REEE, et 1,1 million de prestataires recevaient une subvention. L'épargne investie dans les REEE a augmenté de 2,4 milliards de dollars en 1997 à 6 milliards de dollars à la fin de 1999, soit une augmentation de 150 p. 100 des biens. La Subvention canadienne pour l'épargne-études est accordée en collaboration avec le secteur des services financiers et plusieurs ministères du gouvernement du Canada.

4.6 Développement, éducation et alphabétisation des jeunes enfants

Comme dans le cas des services de santé, l'accès aux initiatives, à l'éducation et à l'alphabétisation pour les jeunes enfants crée et augmente les occasions pour les enfants de favoriser leur épanouissement et de devenir des membres actifs de la société dans laquelle ils vivent.

Développement de la petite enfance

Pour les familles canadiennes, les nouveaux investissements des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont rendus possibles grâce à l'Initiative de développement de la petite enfance (voir la section 3) et se traduiront par un meilleur accès aux services, comme les cours prénataux et les services d'accueil, les programmes préscolaires et les services de garde, ainsi que l'information aux parents et le soutien familial, ce qui complètera la disponibilité et la variété actuelles des programmes de garde d'enfants et des programmes éducatifs, comme les garderies éducatives, les garderies, les centres de jour ainsi que les programmes mère-enfant, dont les enfants canadiens profitent déjà. En 1994-1995, quelque 192 000 (39 p. 100) enfants âgés de 2 et de 3 ans ont participé à un quelconque programme de garde d'enfants ou programme éducatif. Le nombre d'enfants plus âgés qui prennent part à un programme éducatif est encore plus élevé. En 1996-1997, 513 000 (64 p. 100) enfants âgés de 4 et de 5 ans ont fréquenté la maternelle, 198 000 (25 p. 100) ont participé à un quelconque programme de garde d'enfants ou programme éducatif, et 85 000 (11 p. 100) sont demeurés à la maison.

Le gouvernement du Canada continue d'aider les parents à compenser les frais rattachés à la garde d'enfants par le biais de la déduction pour frais de garde d'enfants. Le budget de 1998 a entraîné une augmentation de la déduction pour frais de garde d'enfants dans l'impôt sur le revenu des particuliers; cette déduction est passée de 5 000 \$ à 7 000 \$ pour les enfants âgés de moins de 7 ans, et de 3 000 \$ à 4 000 \$ pour les enfants âgés de 7 à 16 ans.

Le programme des services de garde à l'intention des Premières nations et des Inuits a été mis en place en 1995 et a permis de créer ou d'améliorer 7 000 places de qualité en garderie dans les réserves et dans les communautés inuites. La gestion et la prestation du programme sont assurées par des membres des Premières nations et des Inuits, qui disposent d'une aide financière annuelle de 41 millions de dollars du gouvernement du Canada.

Éducation et alphabétisation

D'après la loi gouvernementale provinciale, l'éducation est obligatoire au Canada, dans la plupart des cas, jusqu'au niveau secondaire, ce qui correspond aux enfants âgés de 14 à 18 ans. En ce qui concerne l'école primaire, le Canada possède un fort pourcentage d'enfants qui s'inscrivent en 1^{re} année d'école primaire et qui atteignent par la suite la 5^e année. De 1986 à 1993, ce taux était de 96 p. 100 et il a augmenté jusqu'à 99 p. 100 au cours de la période de 1990 à 1995. De la même manière, la proportion des enfants en âge d'aller à l'école primaire et inscrits à l'école primaire est elle aussi très élevée, même si on peut observer une légère diminution depuis le milieu des années 1980. De 1993 à 1995, 96 p. 100 des garçons et 94 p. 100 des filles en âge d'aller à l'école primaire étaient inscrits dans une école primaire. Les facteurs tels que l'amélioration de la collecte des données, les estimations pour les années sans recensement et les changements techniques apportés à la définition de la scolarisation peuvent avoir contribué à cette baisse observée.

La réduction de la pauvreté à l'échelle nationale constitue une priorité constante du gouvernement du Canada. Les augmentations de financement qui se sont produites au cours de la période de 1996 à 2001 font en sorte que le montant maximum annuel des prestations en vertu de la Prestation nationale pour enfants pour une famille ayant deux enfants augmentera de 79 p. 100, passant de 2 540 \$ à 4 544 \$. Le réinvestissement et les autres investissements des provinces, des territoires et des Premières nations atteindront 600 millions de dollars en 2000-2001. Ces fonds seront affectés directement à une série de programmes touchant, entre autres, les prestations pour enfants, la couverture complémentaire de l'assurance-maladie, les services de garde d'enfants et les services aux enfants à risque.

La plupart des familles canadiennes ont dû faire face à une augmentation des pressions économiques et des contraintes de temps, mais la majorité d'entre elles ont bien maîtrisé la situation, et la mise en place de quelques mesures a même semblé améliorer la situation. En 1996, 93 p. 100 des enfants canadiens âgés de 13 ans et moins vivaient dans des familles qui fonctionnaient de manière adéquate, ce que l'on définit par la capacité des membres d'une famille de faire face aux problèmes de tous les jours, de communiquer et d'interagir entre eux. Cette définition a permis d'établir que seulement 7 p. 100 des familles étaient considérées comme éprouvant de la difficulté à fonctionner de façon saine, ce qui représente une légère amélioration par rapport à 1994.

Les conclusions d'un nombre croissant de recherches scientifiques laissent supposer que le succès des premières années de l'enfant constitue la clé du développement à long terme de la santé. À partir de ce fait, et dans le but d'aider les parents à équilibrer leurs responsabilités familiales et professionnelles, le gouvernement du Canada s'est engagé à donner aux parents la possibilité de prendre plus de congés du travail pour passer plus de temps à prendre soin d'un nouveau-né ou d'un enfant récemment adopté pendant l'importante première année de sa vie. Le congé parental prévu dans le programme de l'assurance-emploi sera prolongé, et les avantages sociaux seront plus souples et plus accessibles à compter du 1^{er} janvier 2001. Le programme d'assurance-emploi fournit actuellement jusqu'à six mois de congé de maternité et de congé parental payé. Le taux de remplacement pour ces programmes s'étend de 55 p. 100 de la rémunération assurable à un maximum de 80 p. 100 pour les familles à faible revenu admissibles au supplément au revenu familial. Le gouvernement fédéral a proposé que la durée du versement du montant maximal pour les congés payés en rapport avec les enfants soit doublée à une année. Ces avantages seront plus facilement accessibles, car ils contribueront à réduire les conditions d'admissibilité de 700 à 600 heures de travail assurable. Les parents qui reçoivent des prestations pourront aussi travailler environ une journée par semaine sans que leurs prestations s'en trouvent réduites. Les prestations de prolongation seront disponibles pour les parents ayant un enfant né ou adopté le ou après le 31 décembre 2000.

Le statut économique de la famille canadienne moyenne s'est amélioré au cours de la dernière décennie. En effet, pendant la période de 1997 à 1998, le revenu familial a connu une hausse importante : le revenu familial moyen après impôt était de 49 626 \$ en 1998, ce qui équivalait à une augmentation de 3,7 p. 100 par rapport à 1997 et excède même le sommet de 48 807 \$ atteint en 1989 avant la récession. Il s'agit également de l'augmentation annuelle la plus importante depuis 1989. En 1998, le revenu après impôt d'une famille biparentale ayant des enfants de moins de 18 ans était de 55 074 \$, soit une augmentation de 4,7 p. 100 par rapport à l'année précédente, alors que la famille monoparentale a gagné en moyenne 26 279 \$ après transfert et impôt, soit une augmentation de 7,2 p. 100 sur la même période. Les études ont aussi démontré toutefois que la famille canadienne moyenne devait travailler 75,4 semaines à un salaire moyen pour être en mesure de défrayer les dépenses annuelles fondamentales. En conséquence, un seul revenu tiré d'un emploi à plein temps est loin de suffire à la famille canadienne pour couvrir les dépenses annuelles moyennes.

Les recherches démontrent qu'un nombre sans cesse croissant de parents canadiens s'intègrent à la population active. En 1998, les deux parents de 72 p. 100 des enfants provenant de familles biparentales étaient sur le marché du travail. Par comparaison, le parent de 68 p. 100 des enfants de familles monoparentales était sur le marché du travail, ce qui représente une hausse de 7 p. 100 par rapport à 1995. Également, les parents canadiens consacrent plus de temps au travail rémunéré et non rémunéré, qui comprend diverses activités liées à l'emploi et aux tâches ménagères. En 1998, les femmes et les hommes mariés (âgés de 25 à 44 ans) et ayant des enfants qui avaient un emploi à plein temps ont consacré environ 43 p. 100 de leur temps au travail rémunéré et non rémunéré, alors que les mères monoparentales (âgées de 25 à 44 ans) ont consacré 45 p. 100 de leur temps à l'exécution des mêmes tâches. De 1991 à 1998, il y a eu une augmentation de 6 p. 100 du nombre de travailleurs devant s'occuper de personnes à charge qui ont soutenu subir une tension extrême causée par les conflits de travail et de famille.

Au cours des années 1990, les progrès relativement à la réduction de la pauvreté dans les familles ayant des enfants au Canada ont été mitigés; on a noté certaines améliorations récemment, mais associées à une augmentation de la pauvreté de ces familles dans leur ensemble. Premièrement, la coopération accrue quant aux mesures visant les familles à faible revenu et leurs enfants a fait en sorte que les actions collectives entreprises par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont porté fruit. Ces dernières années, il y a eu une réduction du nombre d'enfants vivant dans des familles à faible revenu. En 1998, 14,1 p. 100 des enfants canadiens vivaient sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada, ce qui a constitué une réduction par rapport au niveau de 16,3 p. 100 établi en 1997. Cependant, les baisses touchant les catégories d'enfants vivant dans des familles à faible revenu n'ont pas été aussi importantes que celles qui s'étaient produites lors des reprises économiques antérieures. De plus, parmi certaines tranches de la population, la pauvreté s'est avérée plus généralisée. Ainsi, les enfants autochtones affichent une incidence de pauvreté supérieure à celle de l'ensemble de la population canadienne.

^{**}Soulinions que le Canada n'a pas de mesure officielle de la pauvreté. On mentionne le plus souvent le seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada, une mesure relative fondée sur un montant en dollars au-dessous duquel une famille est considérée comme ayant un faible revenu. Le SFR présenté ici a été calculé à partir du revenu net d'impôt.

De plus, le taux global de fécondité le nombre moyen de naissances vivantes par femme ayant atteint la fin de la période de reproduction est également demeuré généralement stable. De 1990 à 1997, ce taux a diminué légèrement pour passer de 1,7 naissance par femme à 1,6. Les tendances démographiques des peuples autochtones du Canada ont suivi une évolution semblable aux autres tendances démographiques et sociales. Alors que les Canadiens d'origine autochtone ont fait des progrès significatifs, les résultats, sur le plan social, demeurent inférieurs à ceux de la population canadienne dans son ensemble. La population indienne inscrite a connu une légère diminution de son taux global de fécondité en 1996. Toutefois, les prévisions pour 1997 à 2005 suggèrent que la population autochtone augmentera chaque année de 1,7 p. cent; ce taux de croissance est plus élevé que le taux de 1,1 p. cent prévu pour l'ensemble de la population canadienne. On s'attend à ce que la population des réserves augmente de 2,3 p. cent au cours de cette même période.

Enfin, au cours de la dernière décennie, l'âge moyen des femmes canadiennes au moment de leur première grossesse a augmenté. La grande majorité des femmes au Canada ont leur premier nouveau-né quand elles sont âgées de 25 à 29 ans. Par exemple, en 1993, 34,9 p. 100 des femmes étaient âgées de 25 à 29 ans au moment de leur première grossesse, alors que 28,9 p. 100 étaient âgées de 30 à 34 ans. En 1996, le pourcentage des femmes âgées de 30 à 34 ans a augmenté jusqu'à 30,3 p. 100.

4.5 Éducation des enfants et bien-être de la famille

La famille représente un volet critique dans le développement sain et le bien-être des enfants. En cette décennie suivant le Sommet mondial pour les enfants, on peut constater des améliorations importantes : le revenu familial est en hausse et l'interaction parent-enfant demeure une priorité pour la majorité des parents. Il y a eu certaines améliorations pour les familles canadiennes, mais d'autres mesures doivent être prises afin d'aborder les problèmes qui portent atteinte à la famille et au bien-être des enfants.

Selon les résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), l'interaction parent-enfant à la maison continue de jouer un rôle important pour les parents canadiens. De 1994 à 1996, le nombre de parents qui étaient d'avis qu'il était très important que leur enfant obtienne de bons résultats scolaires a augmenté. D'autre part, un pourcentage tout aussi élevé de parents vérifie les devoirs de leur enfant ou aident celui-ci à les faire. Par surcroît, les parents canadiens ont de plus en plus recours à d'autres mesures disciplinaires pour l'éducation de leurs enfants. Selon les données de l'ELNEJ, le nombre d'enfants dont les parents n'ont jamais eu recours aux punitions corporelles à leur endroit a augmenté de façon considérable au cours de la période de 1994 à 1996 pour toutes les catégories d'âge jusqu'à l'âge de 13 ans. Par exemple, en 1996, 64 p. 100 des enfants âgés de 2 à 11 ans vivaient avec des parents qui n'avaient jamais utilisé de punitions corporelles; ce taux n'était que de 56 p. cent en 1994.

Le Canada a participé à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, dont le thème était le suivant : Femmes 2000 : Égalité des sexes, développement et paix au XXI^e siècle. Cette réunion a adopté par consensus une déclaration politique et un document faisant état des résultats sur les actions et les initiatives éventuelles pour mettre en œuvre la Déclaration et le Programme d'action de Beijing de 1995. Pour la session extraordinaire, le Canada avait pour objectifs de promouvoir les droits fondamentaux des femmes et des filles toute leur vie, de s'assurer du respect et de la mise en valeur de la diversité de l'expérience des femmes et d'établir des partenariats avec la société civile, d'autres gouvernements et des organisations internationales.

De façon traditionnelle, les filles et les femmes au Canada ont toujours été les membres de la famille principalement responsables de l'entretien de la maison et du soin des enfants de même que des membres de la famille qui sont malades ou âgés. Le rôle que joue la femme dans la famille, à titre de gardienne de la santé des membres de la famille et de principale dispensatrice de soins dans la plupart des cas, n'est pas toujours reconnu à sa juste valeur. Bien qu'il y ait eu récemment des améliorations sur le plan des perspectives d'emploi et de l'égalisation des revenus pour les femmes, celles-ci demeurent d'abord et avant tout responsables de l'exécution des tâches ménagères non rémunérées de tous les jours et elles le sont de plus en plus pour ce qui est du travail rémunéré.

Des progrès importants ont été réalisés quant à l'amélioration de l'accès à l'éducation pour les femmes canadiennes. De façon générale, le niveau d'éducation des femmes a augmenté. En 1997-1998, les femmes représentaient 55 p. 100 des étudiants inscrits à temps plein à l'université, 51 p. 100 des étudiants inscrits à la maîtrise et 43 p. 100 des étudiants au doctorat. Les jeunes femmes sont toujours sous-représentées dans les domaines des mathématiques et des sciences physiques ainsi que du génie et des sciences appliquées (29 p. 100 et 22 p. 100, respectivement).

Au cours des années 1990, le Canada a fait des progrès dans la réduction de la mortalité maternelle le nombre de décès chez les femmes ayant des causes liées à la grossesse, qui est souvent un indicateur de la qualité, de la fiabilité et de l'accessibilité de l'équipement et des services de santé pour les femmes. Le Canada jouit d'un taux de mortalité maternelle parmi les plus faibles du monde; il a diminué de 6 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 4 en 1995.

La proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent des méthodes contraceptives ou dont le partenaire en utilise est demeurée stable pendant les deux dernières décennies. De 1980 à 1994 et de 1990 à 1999, le taux a été à peu près de 73 p. 100. Les femmes ayant une bonne connaissance de certaines des formes les plus courantes de moyens contraceptifs B pilules anticonceptionnelles et préservatifs B sont très nombreuses au Canada. En 1998, 94 p. 100 des femmes canadiennes âgées de 15 à 44 ans ont soutenu qu'elles étaient bien renseignées sur les pilules anticonceptionnelles, alors que 91 p. 100 d'entre elles ont affirmé l'être sur les préservatifs.

Les objectifs du Sommet relativement au renforcement de la sécurité alimentaire de l'enfant et de la famille et à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants ont fourni au gouvernement une occasion d'évaluer l'efficacité des initiatives lancées pour les enfants dans ce domaine. À travers les priorités établies par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les stratégies multisectorielles, telles que le *Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire* et *La nutrition pour un virage santé : Notes d'action*, des mesures sont prises pour traiter les différents facteurs qui contribuent à la sécurité alimentaire et à la nutrition des enfants et des familles, y compris la sécurité alimentaire, l'agriculture, l'éducation et le soutien du revenu, voir les sections 3 et 4.5).

Dans le domaine de l'obésité infantile, il n'existe aucune information fiable ayant trait aux jeunes enfants (âgés de 0 à 5 ans) au Canada. Dans le cas des enfants d'âge scolaire, certaines données disponibles n'ont pas été mises à jour pendant les années 1990. Toutefois, les données actuelles démontrent que la proportion des enfants en 4^e et en 9^e année (âgés environ de 9 et de 14 ans, respectivement) qui ont un surplus de poids ou qui sont obèses a augmenté au Canada au cours de la décennie s'étendant de 1981 à 1991. En 1981, 14 p. 100 des filles et 18 p. 100 des garçons étaient obèses. En 1991, par comparaison, 24 p. 100 des filles et 26 p. 100 des garçons étaient obèses. Un phénomène semblable a été observé dans d'autres pays industrialisés. Il faudra mener plus de recherche au Canada afin de mieux comprendre les facteurs qui contribuent à améliorer la santé nutritionnelle des enfants canadiens.

La promotion de l'allaitement a longtemps été perçue comme la première étape permettant d'assurer une enfance saine. On trouve une gamme considérable de données sur le début et la durée de l'allaitement au Canada, et les taux proviennent d'une variété de sources et sont souvent fondés sur des définitions variées de l'allaitement, de son début jusqu'à sa poursuite, sur une période donnée, qui s'étend généralement de 2 à 6 mois. Par exemple, en 1990, 43 p. 100 des femmes de 15 ans et plus ont soutenu qu'elles avaient allaité leur enfant. En comparaison, en 1994, la proportion des enfants de moins de 2 ans qui étaient toujours allaités était de 69 p. 100. De plus, il est reconnu également que la proportion des nouvelles mères allaitant leur bébé au moment où elles quittent l'hôpital a augmenté, passant de 73 p. 100 en 1994 à 79 p. 100 en 1996-1997. En dépit des variations statistiques, les données laissent supposer que le Canada a enregistré un progrès dans la proportion des femmes qui choisissent d'allaiter leur enfant. En juillet 1990, l'Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins au Québec est devenu le premier hôpital ami des bébés du Canada selon le programme international de l'OMS-UNICEF. L'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) vise à protéger, à promouvoir et à soutenir l'allaitement et, ainsi, la santé et le bien-être des mères et de leur bébé.

4.4 Condition de la fille et de la femme

L'égalité des sexes constitue un volet fondamental des politiques intérieures et étrangères du Canada. Elle repose sur la conviction que les droits des femmes représentent une composante critique des progrès touchant les droits fondamentaux et le développement démocratique, et qu'un développement viable et équitable n'est possible que si les femmes sont en mesure de participer en tant que partenaires égales et décisionnaires au développement durable de leur société.

Au cours des années 1990, on a remarqué un changement par rapport au profil général du VIH/sida au Canada. En 1999, on comptait environ 49 800 Canadiens infectés par le VIH, y compris les personnes atteintes du sida, alors qu'à la fin de 1996 on en dénombrait à peu près 40 100. Toutefois, dans les années 1990, il y a eu une diminution générale du nombre total de cas de sida au Canada. Cette réduction est semblable à celle qu'on a enregistrée dans les autres pays développés.

Depuis 1980, on a signalé en tout 197 cas de sida chez les enfants âgés de 0 à 14 ans. De ce nombre, 153 étaient attribuables à la transmission périnatale. Au Canada, les études de séroprévalence menées auprès de femmes enceintes font état d'un taux provincial d'environ 1,0 à 4,0 cas par tranche de 10 000 individus. Le nombre de nouveaux cas signalés chaque année est en baisse : en 1996, il y en a eu 12, alors qu'on a atteint un sommet avec 27 cas signalés en 1995. Chez les jeunes Canadiens âgés de 10 à 24 ans, on a diagnostiqué 600 cas de sida, ce qui représente 3,5 p. 100 des 16 913 cas déclarés dans la période se terminant le 31 décembre 1999. Parmi les 45 534 résultats positifs pour le VIH signalés à la fin de 1999, 597 (ou 1,5 p. 100) touchaient des jeunes âgés de 15 à 19 ans. Les données sur la prévalence et l'incidence du VIH montrent que les jeunes de la rue et les jeunes qui s'injectent des drogues sont les plus à risque.

Environ 6 800 femmes vivaient avec une infection à VIH à la fin de 1999, ce qui représente une augmentation de 48 p. 100 par rapport aux 4 600 cas existants en 1996. En 1999, 14 p. 100 des cas existants d'infection à VIH étaient des femmes, contre 11 p. 100 en 1996. Le nombre de femmes infectées au cours de l'année est demeuré à un peu moins de 1 000 cas par an en 1996 comme en 1999 (950 et 917, respectivement). En 1999, 54 p. 100 de toutes les nouvelles infections à VIH chez les femmes ont été attribuées à l'utilisation de drogues injectables et 46 p. 100 à des contacts hétérosexuels.

Des mesures ont été prises à l'échelle nationale par la mise en place du réseau national VIH/sida à l'intention des enfants, des jeunes et des familles. Ce réseau apporte un soutien aux enfants, aux jeunes et aux familles en ayant recours à la recherche et en mettant sur pied des ateliers d'échange de renseignements, des groupes de soutien et des programmes d'encadrement destinés aux organismes qui leur viennent en aide. Le réseau se conforme aux principes en matière de participation, de qualité de vie et de développement, ainsi que de protection et de non-discrimination pour les enfants, les jeunes et les familles touchés par le VIH/sida.

4.3 Sécurité alimentaire et nutrition

On ne dispose pas encore d'un profil général complet de la sécurité alimentaire et de l'état nutritionnel des enfants et des familles du Canada, mais certaines constatations donnent un aperçu valable. D'abord, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes soutient qu'en 1994 quelque 57 000 familles canadiennes ayant des enfants (1,2 p. 100 de toutes les familles faisant partie de l'échantillon) ont souffert de la faim parce qu'elles ont manqué d'argent ou de nourriture. Également, le Canada a constaté une augmentation du recours aux banques alimentaires pendant les années 1990; environ 726 000 Canadiens ont eu recours à une banque alimentaire en mars 2000, soit deux fois plus qu'au cours du même mois en 1989. Les enfants vivant dans des familles qui ont recours aux banques alimentaires comptent pour environ 40 p. 100 de l'ensemble des utilisateurs. Aucun de ces chiffres ne présente toutefois à lui seul un profil des Canadiens dont la sécurité alimentaire pourrait être à risque. Il faudra mener d'autres études au Canada pour évaluer l'état nutritionnel des enfants et la sécurité alimentaire des familles.

15 dernières années. Le gouvernement continue de travailler avec les collectivités autochtones afin d'améliorer l'accès à une eau de bonne qualité et à des installations sanitaires dans les réserves.

La vaccination s'est avérée un moyen efficace et envisageable de prévenir de nombreuses maladies potentiellement mortelles. Au Canada, le taux de couverture vaccinale est demeuré élevé dans les années 1990. D'abord, la proportion des enfants de 2 ans vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT) a augmenté légèrement, passant de 82,3 p. 100 en 1994 à 83 p. 100 en 1998. Ensuite, la couverture vaccinale de la polio parmi les enfants de 2 ans a fluctué tout en demeurant élevée, passant de 90 p. 100 en 1996 à 86 p. 100 en 1997, pour ensuite revenir à 90 p. 100 en 1998. Enfin, la couverture de la rougeole chez les bambins de 2 ans a atteint 93,6 p. 100 en 1998, alors qu'elle était de 91,4 p. 100 en 1995. Les efforts pour assurer l'efficacité des vaccinations ont porté fruit puisqu'ils ont entraîné de meilleurs résultats relativement à l'état de santé des enfants. De 1994 à 1998, le nombre annuel de cas de rougeole parmi les enfants de moins de 5 ans a diminué de 97,7 p. 100, passant de 523 cas en 1994 à 12 cas en 1998. Les campagnes de rattrapage et la mise en place de programmes réguliers à double dosage contre la rougeole à travers le Canada en 1996 ont certes contribué à cette diminution de la fréquence de la maladie.

On a récemment fait savoir que les problèmes de santé des enfants liés à des facteurs environnementaux constituaient une préoccupation croissante pour de nombreux pays développés, y compris le Canada (voir la section 4.9 sur la protection de l'environnement). L'un des exemples les plus clairs dans ce domaine a été la fréquence des cas d'asthme chez les Canadiens de moins de 20 ans. Huit pour cent d'entre eux souffraient d'asthme en 1990, comparativement à 12,2 p. 100 en 1996-1997. Alors que les facteurs exacts responsables de cette augmentation sont toujours à l'étude, le gouvernement s'est engagé à agir face au problème et à travailler en partenariat avec d'autres gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes de recherches et des organismes bénévoles en vue de trouver des solutions efficaces.

La toxicomanie demeure un problème important en matière de santé qui touche les enfants et les jeunes canadiens. Quoique la consommation régulière d'alcool chez les jeunes soit en baisse, le tabagisme et l'usage de drogues sont restés à niveau élevé ou ont augmenté. L'usage du tabac et de drogues chez les filles a connu une hausse remarquable et dépasse maintenant l'usage chez les garçons de la même cohorte. La consommation hebdomadaire d'alcool chez les élèves de 10^e année a diminué de manière importante au cours de la dernière décennie; le pourcentage de garçons de 10^e année qui consommaient de l'alcool au moins une fois par semaine a passé de 30 p. 100 en 1990 à 18 p. 100 en 1998. On a noté une réduction semblable chez les filles relativement aux habitudes de consommation au cours de la même période : le pourcentage est passé de 19 p. 100 en 1990 à 10 p. 100 en 1998. Cependant, en 1998, 93 p. 100 des garçons et 92 p. 100 des filles de 10^e année avaient déjà pris de l'alcool pour une première fois. Par comparaison, le tabagisme chez les jeunes Canadiens est demeuré assez élevé au cours de la dernière décennie, surtout chez les filles. On observe pourtant la tendance contraire chez les fumeurs adultes, qui sont de plus en plus nombreux à cesser de fumer. Entre 1994 et 1998, le pourcentage d'élèves de 10^e année qui fumaient chaque jour s'est maintenu à 21 p. 100 chez les filles, alors qu'il a diminué de 16 p. 100 à 15 p. 100 chez les garçons. Toutefois, au cours de la même période, le pourcentage d'élèves de 10^e année qui avaient essayé de fumer a augmenté de 58 p. 100 à 61 p. 100 chez les garçons et de 64 p. 100 à 66 p. 100 chez les filles.

un an pour 1 000 naissances, a également diminué de 6,8 pour 1 000 naissances en 1990 à 6,0 en 1998, et il a même chuté à 5,5 en 1997. Ces résultats sont semblables à ceux qu'ont obtenus d'autres pays industrialisés. La tendance actuelle au Canada pour ces deux facteurs se révèle être une réduction significative et régulière du taux de mortalité des enfants et des nouveau-nés. Les efforts constants déployés par les gouvernements, les organisations bénévoles et tous les Canadiens font en sorte que le Canada soit appelé à faire d'autres progrès sur le plan de la mortalité des enfants, dont ceux en bas âge. Parmi les populations de Premières nations au Canada, on a également réalisé d'importantes améliorations en ce qui a trait au taux de mortalité des jeunes enfants au cours des deux dernières décennies : le taux a chuté de 28 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1979 à 11,98 décès en 1994. Malgré les progrès réalisés, le taux actuel demeure à peu près deux fois plus élevé que celui de la population canadienne dans son ensemble.

Une autre mesure de santé publique importante, soit l'insuffisance de poids à la naissance, a augmenté légèrement au cours de la décennie, mais est demeurée bien en deçà de l'objectif de 10 p. 100 qui avait été fixé au Sommet mondial. Au cours de la période de 1990 à 1996, le pourcentage de naissances vivantes qui ont été enregistrées à moins de 2,5 kg a augmenté de 5,4 p. 100 (6,0 p. 100 pour le sexe masculin et 5,1 p. 100 pour le sexe féminin) à 5,8 p. 100. Par sa gamme de programmes, le gouvernement du Canada a maintenu son engagement quant au soutien à l'égard des femmes enceintes les plus susceptibles d'avoir des problèmes à l'accouchement, ce qui comprenait l'insuffisance de poids à la naissance. Dans l'évaluation de la santé périnatale, il est tout aussi important de tenir compte des éléments liés à l'insuffisance de poids à la naissance : la croissance intra-utérine et la naissance avant terme. L'augmentation de la fréquence des naissances avant terme au Canada et dans d'autres pays industrialisés est considérée comme l'un des plus importants défis de santé périnatale qui se pose aux pays industrialisés.

La satisfaction des besoins humains les plus fondamentaux demeure la base du développement sain des enfants, que ce soit dans les pays en voie de développement ou dans les pays développés. C'est le cas de l'accès à l'eau potable et de l'évacuation sanitaire des eaux usées. Au Canada, 99 p. 100 de la population a accès à l'eau potable. Toutefois, ce haut niveau d'accès ne signifie nullement que les Canadiens sont satisfaits pour autant de la qualité de l'eau potable. Comme le démontre l'écllosion de *E. coli* qui s'est produite récemment à Walkerton, en Ontario, les gouvernements et tous les Canadiens doivent demeurer vigilants afin de maintenir l'accès à l'eau potable et la qualité de celle-ci, maintenant et à l'avenir.

Les efforts coopératifs déployés entre les gouvernements, à tous les paliers, contribuent à la prise de mesures à l'égard des besoins des communautés relativement à l'environnement local. Le gouvernement du Canada a récemment conclu des accords en vertu du programme Infrastructures Canada avec chaque province et en partenariat avec les gouvernements municipaux. La priorité d'Infrastructures Canada ira aux infrastructures municipales vertes. Les investissements dans les projets verts viseront les réseaux d'aqueducs et les systèmes de traitement des eaux usées, la gestion de l'eau, la gestion des déchets solides et le recyclage ainsi que les dépenses en capital engagées en vue de rénover les immeubles et les installations appartenant à des administrations locales ou à en améliorer le rendement énergétique.

La qualité de l'eau potable et l'évacuation sanitaire des eaux usées a constitué une préoccupation particulière au sein des communautés des Premières nations. Il reste des progrès à faire, mais l'accès des Premières nations à de l'eau de bonne qualité et à une bonne hygiène s'est améliorée au cours des 10 à

toutes les personnes qui travaillaient avec des enfants à travers le pays à faire de cette journée un événement. On a publié le *Guide d'activités de la Journée nationale de l'enfant* pour aider les jeunes, les groupes communautaires, les travailleurs de services à l'enfance, les écoles, les parents et toutes les personnes qui travaillaient avec les enfants pour organiser et promouvoir les événements de la *Journée nationale de l'enfant*. De 1994 à 1999, la mise en circulation du Guide a doublé, passant de 12 000 à 24 000 exemplaires. En plus de la distribution traditionnelle du Guide, il importe de souligner que 8 200 personnes ont visité le site Web de la *Journée nationale de l'enfant* en 1999 et en 2000. Au cours du mois de novembre 1999, 2 600 personnes ont visité le site Web, alors qu'il n'y en a eu que 1 800 en novembre 1998.

En 1999, UNICEF Canada, conjointement avec Elections Canada, a administré une élection nationale sur les droits des jeunes fondée sur la *Convention relative aux droits de l'enfant*. L'élection visait à promouvoir une meilleure compréhension du système électoral canadien parmi les jeunes et à renforcer la compréhension et l'engagement relativement aux droits des enfants, à la fois parmi les adultes et les enfants au Canada. L'élection *Exprime-toi : Élection nationale sur les droits des jeunes* s'est déroulée dans tout le Canada, où les jeunes de plus de 1 100 écoles primaires et secondaires ont voté pour le droit qu'ils considéraient comme le plus important à leurs yeux. En tout, 187 757 élèves de toutes les provinces et de tous les territoires ont voté. Les résultats du vote ont démontré que les élèves percevaient la famille (24 p. 100 du total des votes), la nourriture et le logement (20 p. 100 du total des votes) et la santé (11 p. 100 du total des votes) comme les trois droits les plus importants.

4.2 Santé et hygiène

De 1990 à 2000, des progrès ont été réalisés quant à la santé des enfants canadiens, et l'état de santé de la majeure partie de ces enfants est demeuré excellent. Toutefois, il reste encore des défis importants à relever dans la lutte contre les conditions de risque les plus persistantes ainsi que dans la prise de mesures dans des domaines cruciaux, pour assurer une santé optimale pour toutes les populations d'enfants du Canada. Il reste des défis particuliers à relever quant à certaines populations vulnérables et aux enfants autochtones, la population d'enfants qui est la plus à risque de se trouver dans une piètre situation sur le plan de la santé et sur le plan social.

Les facteurs qui contribuent à la bonne santé des enfants sont d'une grande diversité : le revenu familial, l'aide sociale, l'éducation, l'accès aux services de santé, l'environnement physique et social, le patrimoine génétique et biologique, le sexe et la culture. La série d'indicateurs de santé présentés dans le présent rapport donne une certaine idée de la situation des enfants canadiens, qui est définie par les objectifs fixés au Sommet mondial pour les enfants. Un éventail d'initiatives de recherche et d'établissement de rapports, de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes jusqu'au *Rapport sur la santé de la population canadienne*, contribuent à dresser un tableau plus complet et en constante évolution de l'état de santé des enfants canadiens.

Le taux de mortalité des nouveau-nés et celui qui concerne la mortalité des enfants en bas âge représentent deux indicateurs largement reconnus de la santé des enfants et, de façon plus générale, de la santé d'un peuple. Le Canada a fait des progrès dans ces deux secteurs depuis 1990. D'abord, le taux de mortalité des enfants, soit le nombre de décès parmi les enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes, a chuté d'un tiers entre 1990 et 1998, passant d'un taux de 6,9 à un taux de 4,6. De même, le taux de mortalité des nouveau-nés, qui est le nombre de décès parmi les enfants de moins de

jeunes autochtones (0 à 24 ans) regroupées représentent 53 p. 100 de tous les Autochtones. Les jeunes Autochtones sont ainsi au nombre de 424 000 et ils constituent 5 p. 100 de tous les enfants canadiens de moins de 15 ans et 4 p. 100 des jeunes âgés de 15 à 24 ans. On prévoit que le pourcentage total d'Autochtones inscrits aura augmenté à un rythme de 2,1 p. 100 par année au cours de la période de cinq ans débutant en 1996. Ce taux de croissance est comparable au taux de croissance général de 1,2 p. 100 prévu pour la même période dans l'ensemble du pays.

4.1 Etat de la Convention relative aux droits de l'enfant

Le Canada a ratifié la *Convention relative aux droits de l'enfant* en décembre 1991. Depuis ce temps, des progrès importants ont été réalisés pour en assurer une vaste mise en application continue au Canada.

De son côté, le gouvernement du Canada a manifesté son engagement à s'inspirer de la Convention pour améliorer la qualité de vie des enfants. D'abord, le gouvernement fédéral a passé en revue toute la nouvelle législation fédérale afin d'en assurer la conformité avec les engagements internationaux du Canada en matière des droits de la personne, y compris ses obligations découlant de la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Le gouvernement a également travaillé en partenariat avec un organisme d'évaluer systématiquement la conformité des Canadiens dans la mise en application de la Convention. Cet exercice de surveillance de l'application de la Convention dépasse le cadre législatif de façon à comprendre l'efficacité des politiques et des programmes à l'intention des enfants. Ce rapport non gouvernemental contribuera à améliorer le processus de décision et les résultats dans tous les secteurs. De plus, le gouvernement a eu recours aux recommandations émises par le Comité des droits de l'enfant et s'est servi de cet outil pour évaluer les nouvelles initiatives qui avaient des conséquences directes ou indirectes sur les enfants, et également pour mettre l'accent sur certains sujets soulevés par le Comité dans des rapports subséquents. Enfin, avec l'appui officiel du gouvernement de l'Alberta à la *Convention relative aux droits de l'enfant* en 1999, la Convention jouit actuellement du soutien de toutes les autorités compétentes du Canada.

Depuis la ratification de la Convention, l'attention portée à celle-ci et perçue comme un outil pratique permettant d'assurer le respect des droits des enfants s'est avérée importante et variable. Les organisations non gouvernementales (ONG), les municipalités, les groupes de jeunesse, les chercheurs, les avocats, les gouvernements, les écoles, la police et les associations professionnelles ont rendu la Convention pertinente pour leurs propres situations respectives, en mettant en place des ateliers de formation, des plans concrets pour la participation des jeunes, des programmes d'études scolaires aux niveaux primaire et postsecondaire, en surveillant les mécanismes qui permettent de juger le rendement du gouvernement ainsi que les versions adaptées pour les enfants et les jeunes de la Convention, afin de mieux partager son contenu avec les jeunes Canadiens. Ils ont conçu des réseaux solides et des partenariats durables à travers la Convention.

En 1993, le Parlement du Canada a déclaré le 20 novembre *Journée nationale de l'enfant*, en hommage à l'importance des enfants à la fois pour le présent et pour l'avenir du pays. Le choix de la date provient du jour de l'adoption de la *Convention relative aux droits de l'enfant* par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989. Depuis 1994, le gouvernement du Canada a conçu et diffusé du matériel éducatif et de promotion afin d'encourager les écoles, les groupes communautaires, les familles et

4. Progrès dans la survie, la protection et le développement des enfants

La présente section présente d'abord un profil démographique des enfants du Canada et donne un aperçu des progrès réalisés par les Canadiens dans chacun des objectifs du Sommet. Un résumé de ces progrès est présenté à l'annexe 1, sous forme de statistiques.

Profil démographique des enfants du Canada

Les enfants du Canada constituent un groupe très diversifié représentant un peu plus de 25 p. 100 de la population canadienne totale. Ils sont issus de milieux différents sur les plans ethnique, religieux, linguistique et culturel; ils grandissent dans des ménages dont les ressources sociales et économiques diffèrent considérablement et ils vivent surtout en région urbaine. La *Convention relative aux droits de l'enfant* définit un enfant comme une personne ayant moins de 18 ans. Pour les besoins des statistiques, le présent rapport considère les enfants et les jeunes comme des personnes âgées de 18 ans ou moins, à moins d'indication contraire.

Au cours de la dernière décennie du millénaire, le profil démographique du Canada a subi des changements. Entre 1997 et 1999, on a enregistré une légère diminution du nombre total d'enfants âgés de 0 (nouveau-né) à 19 ans au Canada; en effet, il est passé de 8 016 468 en 1997 à 7 979 251 en 1999. Les enfants qui se trouvent dans ce groupe d'âge représentent actuellement 26,2 p. 100 de la population canadienne totale. De ce nombre, presque 2 millions d'enfants sont âgés de moins de 5 ans, plus de 4 millions ont entre 5 et 14 ans et un peu plus de 2 millions, entre 15 et 19 ans. La proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans par rapport à la population totale varie selon la province ou le territoire; à Terre-Neuve, ces enfants représentent à peine 18 p. 100 de la population, alors qu'au Nunavut ce chiffre atteint 38 p. 100. La majorité des enfants canadiens (78 p. 100) vivent en région urbaine. Le taux d'enfants en proportion du pourcentage de la population canadienne totale a diminué depuis 1961 et l'on prévoit qu'il continuera son déclin à l'avenir : 25 p. 100 en 2001, 24 p. 100 en 2006, 22 p. 100 en 2011 et 21 p. 100 en 2016.

Le taux de croissance naturelle du Canada a considérablement diminué au cours de la période de 1990 à 1995, pour passer de 7,7 à 5,7 par 1 000 habitants. Le taux de croissance naturelle a compté pour 47 p. 100 de l'accroissement de la population en 1996, alors que l'immigration a représenté l'autre proportion de 53 p. 100. Tout près de 5 p. 100 des enfants de moins de 15 ans sont nés à l'extérieur du Canada, et les deux tiers des enfants immigrants vivent dans les principaux centres urbains canadiens, soit Montréal, Toronto et Vancouver.

De plus, la structure de la famille canadienne a également changé au cours de la dernière décennie. La proportion des familles monoparentales a augmenté pour passer de 20 p. 100 en 1991 à 22 p. 100 en 1996. La majorité des familles monoparentales (83 p. 100) étaient dirigées par une femme. La taille moyenne des familles au Canada est demeurée relativement stable dans les années 1990; en 1997, la taille moyenne des familles biparentales était de 3,1 personnes et celle des familles monoparentales était de 2,5 personnes. En 1996, 84 p. 100 des 5,5 millions d'enfants canadiens jusqu'à l'âge de 13 ans vivaient avec leurs deux parents, alors que 16 p. 100 vivaient avec l'un des deux parents.

En 1996, il y avait au Canada 280 415 enfants autochtones âgés de moins de 15 ans, ce qui représentait 35 p. 100 de tous les Autochtones recensés cette année-là. Les populations d'enfants et de

Canada. La dette de ces pays sera officiellement radiée au fur et à mesure que ceux-ci compléteront le processus d'aide aux PPTF. De plus, le Canada a versé 215 millions de dollars canadiens au fonds en fiduciaire pour l'allègement de la dette au FMI et à la Banque mondiale afin de réduire rapidement la dette des pays qui le méritent. Le Canada vient en aide aux pays les plus pauvres en s'engageant à remettre la totalité des créances commerciales de tous les PPTF admissibles à l'allègement de la dette aux termes du plan en faveur des PPTF et en déployant de réels efforts pour réduire la pauvreté et améliorer la gestion publique.

Le Canada a toujours encouragé une participation accrue de la part des pays en voie de développement à un régime commercial fondé sur des règles, et il reconnaît que ces pays ont besoin d'aide pour l'instauration de capacités liées au commerce. Le Canada défend la prise de position selon laquelle les questions relatives à la justice sociale et à la politique environnementale doivent être traitées de concert avec les initiatives de libéralisation du commerce et d'autres stratégies de croissance économique si l'on veut que les mesures de réduction de la pauvreté à long terme soient durables. Cette approche s'applique à la participation du Canada à l'OMC, à la ZLEA et aux autres instances commerciales régionales et bilatérales. Ces questions seront considérées comme des priorités dans des négociations éventuelles. Le commerce libre et loyal contribue grandement à la croissance et à la durabilité des pays en développement, ainsi qu'à la réduction de la pauvreté dans l'ensemble des pays en voie de développement. La participation active du Canada aux réunions de l'OMC souligne la détermination du gouvernement du Canada de veiller à ce que les règles régissant les transactions commerciales à travers le monde soient équitables. Pour pouvoir bénéficier des avantages qui découlent des échanges internationaux, tous les participants doivent connaître les règles en vigueur et accepter de s'y conformer. Ils doivent maintenir un juste équilibre entre la poursuite de leurs objectifs commerciaux et leur engagement envers la justice sociale et la protection de l'environnement à l'échelle mondiale.

prioritaires et en utilisant des approches novatrices du développement. Au cours des cinq prochaines années, un montant de 2,8 milliards de dollars sera prévu au budget pour ces quatre secteurs.

Les enfants représentent un groupe clé qui bénéficie des éléments de la santé et de la nutrition, de l'éducation et du VIH/sida des Priorités de développement social de l'ACDI. Par exemple, l'ébauche pour l'examen du plan d'action en matière de santé et de nutrition sera fortement axée sur la nutrition et la santé des enfants. La relation bien connue qui prévaut entre un régime inadéquat et la maladie fait en sorte que la survie, la croissance et le développement des enfants nécessitent qu'on accorde une attention toute spéciale à l'amélioration de l'état nutritionnel de ceux-ci. Le Canada continuera de mettre en application les initiatives internationales en matière de santé telles que la *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI), *Faire reculer le paludisme* et la *Global Stop Tuberculosis* (STB). Également, le Plan d'action de l'ACDI en matière de lutte contre le VIH/sida misera d'avantage sur les enfants atteints du VIH/sida, comme les orphelins. La programmation se consacrera en grande partie à la fourniture d'un toit et d'écoles, au soutien à l'égard de projets de développement de la petite enfance, au renforcement de réseaux dans les communautés d'enfants et à la promotion des meilleures pratiques, dont l'approche l'enfant pour l'enfant et les approches de recherche participatives. L'ébauche pour examen du plan d'action en matière d'éducation de base, en plus de cibler les efforts déployés en vue d'éliminer la disparité entre les sexes d'ici 2005, se concentrera sur l'amélioration de l'accès à l'éducation primaire universelle et de la

qualité de celle-ci, et portera une attention spéciale sur l'éducation des filles.

Si l'on souhaite que tous les enfants tirent profit des objectifs établis lors du Sommet mondial de 1990, on doit porter une plus grande attention aux enfants qui ont besoin de protection spéciale et qui peuvent ne pas bénéficier des programmes de développement ordinaires. Le Plan d'action en matière de protection de l'enfance est axé sur les travailleurs juvéniles, les enfants touchés par les conflits armés, les enfants qui ont des démêlés avec la justice ou qui sont confiés à l'État, les enfants de la rue, les enfants handicapés et les enfants victimes de discrimination en raison de leur appartenance à une minorité ethnique. Au cours des cinq prochaines années, l'ACDI investira 122 millions de dollars dans la programmation s'adressant à ces enfants. À priori, pendant les deux prochaines années, l'ACDI se concentrera sur la main-d'œuvre infantile et les enfants touchés par les conflits armés. Dans le cadre de son engagement à élaborer de nouvelles approches en vue de la programmation de l'aide au développement, l'ACDI a créé un fonds de recherche de 2 millions de dollars en vue de la protection des enfants, pour les cinq prochaines années, en guise de soutien à la recherche innovatrice dans ce secteur souvent négligé.

Le lourd endettement constitue l'obstacle le plus grave à la réduction de la pauvreté dans de nombreux pays en voie de développement, particulièrement ceux qui se trouvent en Afrique subsaharienne. Les remboursements de dettes délogent les dépenses dans les domaines de la santé et de l'éducation ainsi que dans d'autres secteurs sociaux.

Le Canada a été parmi les premiers à recommander avec insistance l'adoption d'une démarche rapide et décisive à l'égard de l'allègement de la dette pour les pays plus pauvres de façon multilatérale et bilatérale. Lors des réunions annuelles du Fonds monétaire international (FMI) et de la Banque mondiale, qui se sont déroulées récemment, le Canada a défié les bailleurs de fonds d'imposer immédiatement un moratoire sur les paiements du service de la dette des pays pauvres très endettés (PPTÉ). En décembre 2000, le gouvernement du Canada a annoncé son propre moratoire sur le remboursement de la dette de onze pays pauvres très endettés, qui doivent 700 millions de dollars au

Afrique de l'Ouest, qui a entraîné la production d'une déclaration complète et d'un plan d'action exhaustif traitant de la série de problèmes auxquels font face les enfants touchés par la guerre. Le Canada a présenté cette approche lors de la Conférence internationale sur les enfants touchés par la guerre, qui s'est déroulée en septembre 2000 à Winnipeg. À la suite de cette conférence, le gouvernement s'est engagé à assurer la mise en œuvre et le suivi efficaces et opportuns du *Programme pour les enfants touchés par la guerre* dont on a convenu à la réunion des ministres, à laquelle ont assisté plus de quarante ministres et représentants de 132 gouvernements. Le Canada a également convenu de mettre sur pied un comité directeur, qui serait composé des représentants du Ghana et de l'UNICEF et du représentant spécial du Secrétaire général pour la protection des enfants en période de conflit armé, afin d'entraîner l'expansion de l'élan international amorcé par la Conférence de Winnipeg à la session extraordinaire des Nations Unies sur les enfants ainsi qu'au-delà de celle-ci. Le Canada représente l'un des six pays responsables du Sommet mondial pour les enfants, et il participe activement aux étapes préparatoires de la session extraordinaire des Nations Unies sur les enfants et du nouveau programme mondial en faveur des enfants pour les dix à quinze prochaines années.

L'Agence canadienne de développement international (ACDI) joue un rôle important pour permettre au Canada de tenir ses engagements dans la promotion des droits et dans l'amélioration de la vie des enfants dans les pays en voie de développement en transition. De nombreux efforts en matière de développement sont déployés et ils représentent un avantage pour les enfants, car ils améliorent le bien-être de leur famille et de leur communauté. Le Canada appuie aussi les projets qui viennent en aide directement aux enfants. En 1996-1997, l'ACDI soutenait 156 projets (ayant des répercussions directes ou indirectes sur les enfants) dans les domaines de la santé de l'enfant et de la maternité, de la vaccination, de l'éducation de base, des carences en micronutriments et du renforcement des capacités et des institutions publiques en faveur de la *Convention relative aux droits de l'enfant*, et elle a amélioré la protection des enfants.

Les objectifs du Sommet mondial pour les enfants ont porté une attention particulière aux besoins humains fondamentaux des enfants, dont leur santé et leur nutrition. Depuis les années 1980, le Canada a été un grand défenseur de la vaccination sur le plan international et a déployé des efforts en faveur de la vaccination universelle et, en particulier, pour l'éradication de la polio et de la rougeole. Au cours des années 1990, le Canada a fourni chaque année approximativement 14 millions de dollars sous forme d'aide financière en vue des campagnes de vaccination internationales. De plus, l'ACDI poursuit sa lutte contre les maladies infantiles, comme le paludisme, la pneumonie et la tuberculose, par des méthodes d'intervention rentables telles que des moustiquaires imprégnées d'insecticide contre le paludisme et l'amélioration de l'accès au diagnostic et au traitement des maladies. L'ACDI est également le cofondateur et le principal bailleur de fonds de l'Initiative pour les micronutriments, dont l'organisme est établi à Ottawa, le bailleur de fonds bilatéral le plus important pour mettre en œuvre des programmes d'enrichissement du sel en iode et un important bailleur de fonds pour enrichir les aliments de suppléments vitaminiques riches en vitamine A, en fer et en autres vitamines et minéraux partout dans le monde.

Le 5 septembre 2000, le ministre canadien de la Coopération internationale a fait connaître le plan *Les priorités de développement social : Un cadre d'action*, qui fait état de la façon dont le Canada renforcera la programmation dans quatre secteurs clés du développement social, soit la santé et la nutrition, l'éducation de base, le VIH/sida et la protection des enfants. L'égalité des sexes fait partie intégrante de chacun de ces secteurs importants. Le Cadre d'action permettra aussi de renforcer la programmation d'aide internationale du Canada en misant sur son expertise actuelle dans ces secteurs

la qualité de l'aide à l'enfance en étudiant la pertinence, les résultats et le rapport coût-efficacité des meilleures pratiques de garde et des modèles de prestation de services.

Tous les enfants canadiens doivent pouvoir partager les avantages collectifs de la réalisation des objectifs du Sommet mondial. Au cours de la dernière décennie, le gouvernement du Canada a travaillé à améliorer le bien-être des peuples autochtones, y compris les enfants autochtones. La *Politique sur les droits inhérents* (1995) reconnaît le droit des peuples autochtones à se gouverner eux-mêmes dans certains secteurs clés de responsabilité. En réponse au Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA), *Rassemblement nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones* (janvier 1998) vise à prolonger les partenariats, à consolider la conduite des affaires publiques autochtones, à développer de nouvelles relations financières entre les gouvernements et les institutions autochtones et à soutenir les communautés, les peuples et les économies. Parmi les mesures annoncées dans le document *Rassemblement nos forces*, on trouve une Déclaration de réconciliation du Canada reconnaissant officiellement et déplorant les injustices historiques, une guérison de la communauté pour combattre les effets des services physiques et sexuels dans le système des pensionnats, un programme sur les langues autochtones, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, des ressources pour augmenter le nombre de logements convenables dans les réserves et des ressources supplémentaires pour répondre aux insuffisances de l'équipement en aqueducs et en systèmes d'évacuation des eaux usées dans les réserves.

Action internationale pour les enfants

Au cours de la décennie, les droits des enfants ont constitué une priorité au sein de la politique étrangère du Canada et de l'aide publique au développement. Le Canada a été l'un des chefs de file de la promotion des droits des enfants à travers le monde ainsi que de la survie et du développement des enfants et de leur protection contre l'exploitation et les sévices. Le Canada a apporté des changements en créant et en soutenant des relations bilatérales constructives avec d'autres pays, au moyen d'efforts concertés avec des organismes internationaux tels que l'UNICEF, et en encourageant des partenariats à la fois avec les ONG canadiennes et celles des pays en voie de développement, et avec d'autres membres de la société civile. Les principales initiatives internationales que soutient le Canada sont celles visant la protection des enfants touchés par la guerre ainsi que la réduction de la pauvreté et de la dette dans les pays en voie de développement.

Le droit d'accès à l'information des jeunes à partir de nombreuses sources constitue un élément important de la *Convention relative aux droits de l'enfant* et des objectifs du Sommet mondial pour les enfants. Le gouvernement fédéral a contribué au respect de ce droit en créant RESCOL en 1993, effort fédéral-provincial-territorial visant à brancher toutes les écoles publiques canadiennes et toutes les bibliothèques publiques sur Internet à partir du 31 mars 1999. Cet objectif a été atteint, ce qui a fait du Canada la première nation du monde à brancher toutes ses écoles et toutes ses bibliothèques. Le projet a rassemblé les gouvernements provinciaux et territoriaux, les universités et les collèges, les associations scolaires, l'industrie de la technologie de l'information, ainsi que d'autres représentants du secteur privé. RESCOL améliorera l'accès des enfants canadiens à l'information et promouvra ainsi leurs droits, leur bien-être et leur développement.

Le gouvernement du Canada continuera à s'engager auprès des enfants du monde. En avril 2000, le Canada et le Ghana ont parrainé conjointement la Conférence sur les enfants touchés par la guerre en

territoires, sera investie dans les quatre grands domaines d'action suivants : promouvoir la santé durant la grossesse, à la naissance et au cours de la petite enfance, améliorer le soutien aux parents et aux familles, renforcer le développement de la petite enfance, l'apprentissage et la garde des enfants et renforcer le soutien des communautés.

Ces investissements se traduiront par un meilleur accès aux services de développement de la petite enfance comme les cours prénataux et les services d'accueil, les programmes préscolaires et les services de garde ainsi que l'information aux parents et le soutien familial. Chaque gouvernement provincial et territorial pourra adapter ses services de soutien au développement de la petite enfance afin de mieux répondre aux besoins des enfants canadiens. Peu importe le type d'investissement choisi, les gouvernements ont convenu de rendre compte publiquement de leurs investissements et des résultats qui en découlent touchant les enfants et les familles.

En s'appuyant sur des travaux de recherche montrant l'importance des investissements dans la santé le domaine social pour ce qui est des premières années de la vie, le gouvernement a présenté et amélioré un certain nombre d'initiatives visant à soutenir l'épanouissement des enfants canadiens. Les programmes fédéraux, tels que le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACÉ), le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), reconnaissent l'importance du développement des jeunes enfants, de la participation et de l'éducation venant des parents, des approches intersectorielles du bien-être des enfants, et des partenariats avec les autres gouvernements, les organismes non gouvernementaux et les communautés. Ces programmes communautaires touchent plus de 1 000 000 enfants et parents canadiens dans plus de 1 000 communautés chaque semaine.

Pendant les dix ans qui ont suivi le Sommet mondial pour les enfants, le Canada est devenu un chef de file relativement aux connaissances à propos du développement de la petite enfance. Par la mise en œuvre d'initiatives telles que l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), *Comprendre la petite enfance* et *Visions des services de garde*, le gouvernement fédéral a élaboré des mécanismes de développement pour assurer la surveillance du développement de la petite enfance et pour aider les décisionnaires à déterminer quelles politiques et quels programmes soutiennent le mieux les enfants et leur famille.

L'ELNEJ est un programme de recherche qui fait le suivi de la santé et du bien-être d'un large échantillon d'enfants canadiens sur une longue période. Il fournira au gouvernement une meilleure compréhension des facteurs qui contribuent au développement sain des enfants, et il sera utilisé par les gouvernements pour concevoir et évaluer une gamme étendue de politiques et de programmes destinés aux enfants et à la jeunesse.

À l'échelle communautaire, le projet de recherche *Comprendre la petite enfance* met l'accent sur les enfants de moins de 6 ans et fait appel aux enseignants, aux parents, aux tuteurs et aux organismes communautaires. Il aide les collectivités à prendre le pouls de leurs enfants et à trouver des façons de répondre à leurs besoins. Avec l'information ainsi produite, les collectivités peuvent mettre en œuvre des plans d'action précis qui aideront les enfants, avant qu'ils commencent l'école et, après, à réaliser leur plein potentiel. L'initiative *Visions des services de garde* constitue un programme national de contribution à la recherche et au développement sur les garderies. L'objectif du programme est d'améliorer

En 1996, le premier ministre du Canada et les premiers ministres provinciaux ont établi que la pauvreté infantile constituait une priorité nationale, et les ministres des Services sociaux ont enclenché le travail en mettant en place une prestation nationale intégrée pour les enfants. Il s'en est suivi que l'initiative de la Prestation nationale pour enfants entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les Premières nations a été lancée en juillet 1998. L'initiative vise à aider à réduire la pauvreté chez les enfants et à la prévenir, à favoriser la participation au marché du travail en veillant à ce que le travail améliore le sort des familles, et à réduire les chevauchements et les redondances en harmonisant les objectifs et les prestations des programmes et en simplifiant l'administration. Le gouvernement du Canada a contribué à la Prestation nationale pour enfants en majorant les prestations versées aux familles à faible revenu qui ont des enfants. De leur côté, la plupart des provinces et des territoires ont des programmes d'aide sociale versés aux familles qui ont des enfants, tout en s'assurant qu'elles reçoivent au moins le même niveau de soutien global du revenu. Les provinces, les territoires et les Premières nations réinvestissent les économies provenant de l'aide sociale dans des prestations et des services complémentaires destinés aux familles à faible revenu qui ont des enfants. De cette façon, la PANE fournit un niveau plus sûr et plus uniforme de soutien du revenu de base, des prestations et des avantages pour les enfants des familles à faible revenu à l'échelle du pays, que ces familles travaillent ou reçoivent des prestations d'aide sociale.

Le Canada effectuera donc un troisième investissement d'importance dans le programme de Prestation nationale pour enfants qui vise les familles à faible revenu ayant des enfants, ce qui portera la hausse totale annuelle des prestations fédérales aux enfants pour les familles à faible revenu à 2,5 milliards de dollars d'ici à 2004. Une fois que le plan sera entièrement mis en application, le gouvernement du Canada investira environ 9 milliards de dollars dans la prestation fiscale canadienne pour enfants, comparativement à environ 5 milliards de dollars en 1996. Les prestations fédérales aux enfants augmenteront à un maximum de 2 500 \$ pour le premier enfant et à 2 300 \$ pour chaque enfant supplémentaire. Les familles à revenu moyen recevront aussi un soutien accru. En tout, les changements dans les prestations fédérales aux enfants aideront neuf jeunes Canadiens sur dix.

Des travaux sont en cours en vue de traiter certains engagements pris récemment par le gouvernement du Canada relativement aux enfants et aux familles. Par exemple, à compter du 31 décembre 2000, les prestations de maternité et parentales passeront de six mois à une année complète, et la durée du congé offert aux parents adoptifs triplera : il passera de 10 semaines à 35 semaines. Les familles ayant des enfants seront admissibles à un allègement fiscal qui s'établira en moyenne à 27 p. 100 une fois les mesures annoncées dans le budget de 2000 et dans l'exposé économique d'octobre 2000 entièrement mises par place.

De plus, le 11 septembre 2000, les premiers ministres, sauf celui du Québec, ont émis le *Communiqué sur le développement de la petite enfance pour la réunion des premiers ministres*. Ce communiqué stipule que l'amélioration du développement de la petite enfance constitue une priorité nationale et confirme que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux acceptent de travailler ensemble pour améliorer les services et les mesures de soutien pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Cette initiative représente des mesures concrètes à l'égard du développement de la petite enfance. L'un des principaux secteurs de politique figurant dans le Plan d'action national pour les enfants. À l'appui de l'accord conclu par les premiers ministres, le gouvernement du Canada transférera au cours des cinq prochaines années 2,2 milliards de dollars aux provinces et aux territoires, par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Cette contribution, qui s'ajoute à celles des provinces et des

3. Mesures prises l'échelle nationale et internationale

De nombreuses initiatives importantes pour les enfants ont été lancées par le Canada depuis 1990, sous l'influence en partie de l'attention portée aux droits, au bien-être et au développement des enfants à la suite du Sommet. Le gouvernement du Canada, en accompagnant les efforts des parents, des communautés, des autres gouvernements et des secteurs bénévole et privé, a contribué à assurer le développement optimal des enfants. Depuis 1990, tous les gouvernements sont parvenus à exécuter certaines étapes essentielles pour les enfants. Ci-dessous se trouve une liste des actions qu'a entreprises le gouvernement du Canada. D'autres initiatives tout aussi importantes sont décrites dans les thèmes à la section 4, tandis que plusieurs mesures primordiales le sont dans tout le rapport.

Action nationale pour les enfants

On peut choisir de nombreuses approches différentes pour améliorer le bien-être des enfants. C'est pourquoi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont reconnu le besoin de mettre en œuvre une approche intégrée à l'égard des nombreux problèmes qui se posent aux enfants et aux familles. Au Canada, au cours des trois dernières années, les différents paliers gouvernementaux ont démontré qu'ils pouvaient unir leurs efforts afin d'aider les familles ayant des enfants. Ils ont également prouvé qu'ils pouvaient prendre des décisions visant à assurer les besoins fondamentaux des enfants pour leur permettre de devenir des membres en santé, actifs et instruits de la société.

Puisant dans la masse des travaux de recherche, des expériences et des conclusions provenant des experts et des organisations non gouvernementales, les gouvernements ont commencé à élaborer le Plan d'action national pour les enfants (PANE). Le PANE témoigne d'une coopération entre les différents gouvernements du Canada en vue d'assurer que tous les enfants du Canada aient les meilleures chances possible d'atteindre leur plein épanouissement. Dans une première étape de la mise en place du PANE, les gouvernements ont collaboré ensemble dans le but d'avoir une vision commune pour les enfants du Canada. Cette vision commune comprend les objectifs touchant l'ensemble des enfants du Canada, soit l'objectif de santé (physique et émotionnelle), l'objectif de sécurité et de protection, l'objectif d'apprentissage réussi et les objectifs d'engagement social et de responsabilité. La vision permet également d'établir six domaines où une collaboration entre les gouvernements peut contribuer à améliorer le bien-être des enfants. Il s'agit d'améliorer le développement dans la petite enfance, d'appuyer le rôle des parents et de renforcer la famille, d'améliorer la sécurité économique des familles, d'offrir des expériences d'apprentissage précoces et continues, de promouvoir l'épanouissement des adolescents et de créer des collectivités propices, sûres et exemptes de violence. Au printemps et à l'été de 1999, les gouvernements ont recueilli les commentaires des Canadiens par rapport à la vision qu'ils avaient du Plan national, et ils ont ainsi redéfini la vision pour les enfants de façon qu'elle reflète les commentaires transmis.

2. Processus de l'étude de fin de décennie

L'étude décennale qu'a effectuée le Canada relativement aux progrès réalisés depuis le Sommet mondial pour les enfants a pris la forme d'un processus dans le cadre duquel des organisations bénévoles ont pris part à la résolution de problèmes mettant en cause des enfants et où l'on a sollicité la participation des enfants et des jeunes. Le gouvernement fédéral a également invité les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada à participer au processus, par l'intermédiaire du Comité fédéral-provincial-territorial des représentants des droits de la personne. En particulier, les provinces et les territoires ont étudié le Rapport national du Canada et ont à quelques reprises fourni des renseignements supplémentaires, qui ont été insérés dans le Rapport ou dans une annexe (voir l'Annexe 3).

Afin d'inciter les organisations bénévoles de même que les enfants et les jeunes à participer à l'étude, le gouvernement fédéral a travaillé en partenariat avec deux organisations canadiennes, soit la Coalition canadienne pour les droits des enfants (CCDE) et Aide à l'enfance Canada. La CCDE dirigera un processus qui permettra aux organisations bénévoles de participer activement aux étapes préparatoires en vue de la session extraordinaire. Ces organisations établiront les priorités et les passeront en revue en prévision de la session extraordinaire, et elles contribueront à la mise en place du processus de formulation des prises de position à l'égard des questions qui seront traitées à la réunion. Ensuite, le gouvernement fédéral et Aide à l'enfance Canada, par divers moyens, dont la mise sur pied de groupes de discussion dans huit régions à travers le pays, la participation par Internet et l'intervention directe des jeunes à des réunions préparatoires ainsi qu'à la session extraordinaire de septembre 2001, visent à faire en sorte que les enfants et les jeunes Canadiens puissent exprimer leurs points de vue au cours de l'étude, et que, entre autres activités, ils puissent partager leur expérience avec d'autres jeunes au Canada après la session extraordinaire.

La plupart des données présentées dans ce rapport proviennent de l'une ou l'autre des enquêtes d'envergure fondées sur la population et réalisées au Canada, comme l'Enquête sociale générale, l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu ainsi que l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). L'ELNEJ a été mise en place dans les années 1990, et l'on a recueilli les premières données en 1994; elle commence à fournir un portrait plus complet des problèmes auxquels font face les enfants, les jeunes et leur famille au Canada. De plus amples renseignements sur l'ELNEJ figurent à la section 3 du présent rapport. Le présent document se fonde sur deux rapports canadiens rédigés selon les termes de la *Convention relative aux droits de l'enfant* et présentant une étude approfondie des mesures prises pour les enfants au cours des années 1990.

population qui connaît la plus forte croissance au Canada.

Héritage du Sommet mondial pour les enfants au Canada

Le Canada a été l'un des six pays responsables qui ont aidé l'UNICEF lors des préparations qui ont conduit au Sommet mondial pour les enfants de 1990. Le Canada était également heureux d'avoir l'occasion d'intervenir à titre de coprésident du Sommet, qui réunit les chefs d'Etat ou de gouvernement de 71 pays ainsi que les représentants ministériels de 88 autres pays. Après la ratification de la Déclaration et du Plan d'action du Sommet, le gouvernement du Canada a lancé un Plan d'action national, soit une initiative multisectorielle de cinq ans appelée *Grandir ensemble*. Cette initiative visait à combattre les conditions qui mettent les enfants en danger. L'initiative *Grandir ensemble* représentait un investissement gouvernemental de 500 millions de dollars sur cinq ans.

Le Canada a également réalisé un examen de mi-décennie en 1996, dans laquelle figurent les grandes lignes des efforts déployés depuis le Sommet pour en réaliser les objectifs. Cette étude a coïncidé avec une évaluation plus générale de l'initiative *Grandir ensemble* et elle a permis au gouvernement de mesurer l'incidence et l'efficacité de la gamme des initiatives figurant dans son Plan d'action.

Tout comme les nombreux programmes innovateurs lancés à la suite du Sommet mondial pour les enfants et qui demeurent partie intégrante de l'engagement en cours du Canada auprès de ses enfants, le legs le plus important et le plus durable du Sommet a été la ratification et la mise en œuvre de la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Depuis la ratification de cette convention en 1991, le Canada a présenté un rapport périodique en vertu de la Convention, et la présentation de son second rapport aura lieu prochainement. Ces deux rapports traitent des mesures qu'ont prises les gouvernements fédéral et provinciaux, respectivement, jusqu'en 1993, puis de 1993 à 1997.

pour les enfants canadiens au cours des années 1990. Il est également important de mentionner que les communautés et les groupes communautaires jouent un rôle important pour le bien-être des enfants au Canada.

Les progrès réalisés pour les enfants dans les années 1990 prennent place dans le contexte d'une forte volonté commune parmi les Canadiens, qui consiste à accorder une attention particulière au bien-être et au développement des enfants et de leur famille. C'est à la fois au sein de la législation nationale et des accords internationaux que les idées, les valeurs et le langage utilisés dans la Convention relative aux droits de l'enfant se sont de plus en plus répandus au cours des années 1990. Par exemple, la Convention a eu des conséquences sur l'élaboration de la législation touchant la prostitution enfantine, le tourisme du sexe lié aux enfants, le harcèlement criminel, la mutilation des organes génitaux de la femme tout comme le renouvellement permanent de la justice pour les jeunes. Aussi, les récents accords internationaux soutenus et promus par le Canada tels que le Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la participation des enfants aux conflits armés, le Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants et la prostitution et la pornographie infantiles, la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale, la Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnelles et sur leur destruction, la Convention 182 de l'OIT sur l'élimination des pires formes du travail des enfants et le Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants sont autant d'exemples d'actions internationales concrètes qui ont étendu et renforcé les engagements pris en vertu de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Au début et au milieu des années 1990, les finances publiques canadiennes étaient menacées par les déficits budgétaires et par une forte dette publique. Cette situation représentait un risque pour les programmes sociaux et pour la qualité de vie des Canadiens. En conséquence, le gouvernement agit afin de revoir les dépenses publiques et d'établir des objectifs dans la réduction des déficits budgétaires. L'atteinte des objectifs de réduction des déficits fait en sorte que le gouvernement est à même de réaliser de nouveaux investissements en matière de dépenses publiques dans les secteurs sources de préoccupation pour les Canadiens.

Le système fédéral de gouvernement du Canada dont les pouvoirs constitutionnels sont partagés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et la dualité de son système judiciaire, y compris les traditions du droit civil et de la common law, forment deux éléments clés qui influencent le processus de prise de décision du gouvernement. Au Canada, tous les paliers gouvernementaux et toutes les Premières nations ainsi que les parents, les familles, les communautés et les secteurs bénévoles et privé jouent un rôle de premier plan pour assurer le bien-être des enfants. Pour un examen de la question touchant le système de gouvernement du Canada, le système judiciaire et les définitions des termes décrivant les peuples autochtones du Canada, voir l'annexe 2.

Le profil démographique en mutation du Canada influence également le contexte des mesures que prend le gouvernement pour les enfants et les familles. De façon particulière, avec un taux de natalité supérieur à la moyenne canadienne, les peuples autochtones au Canada représentent approximativement 3 p. 100 du total de la population canadienne, pourcentage doublé à travers le pays au cours des quinze dernières années. En ce début de nouveau siècle, les enfants autochtones représentent donc la

1. Les enfants du Canada des années 1990

Au cours des dix ans qui ont suivi le Sommet mondial pour les enfants, le Canada a pris une série de mesures pour améliorer le bien-être des enfants. À travers ces mesures et les efforts collectifs des Canadiens, le Canada a fait des progrès en ce qui concerne de nombreux objectifs fixés lors du Sommet. Il en a fait, entre autres, dans la réduction des taux de mortalité infantile et maternelle et la diminution de certaines maladies d'enfance, l'augmentation des taux de couverture vaccinale et l'amélioration de l'accès à l'information pour les enfants. Au terme de cette décennie, les Canadiens demeurent conscients que, malgré les importants succès remportés pour les enfants, il reste beaucoup à faire pour que les droits, le bien-être et le développement optimal des enfants du Canada et du reste du monde soient assurés.

La stratégie du gouvernement du Canada, en ce début du XXI^e siècle, est axée sur les enfants et les jeunes, les connaissances et l'éducation, ainsi que la santé et l'environnement, dans le contexte des étapes préparatoires à la nouvelle économie. Parmi les efforts déployés en ce sens, on compte une augmentation des prestations versées pendant les congés de maternité et les congés parentaux, l'élaboration d'une entente fédérale-provinciale visant un plus grand soutien à l'égard du développement des jeunes enfants, la mise en place d'allègements fiscaux qui permettront aux familles avec enfants d'avoir plus d'argent, une augmentation du nombre de milieux de travail favorables à la famille, la modernisation du droit de la famille, des investissements importants en ce qui a trait à la Prestation nationale pour enfants, le renforcement des possibilités d'apprentissage par l'expansion du Réseau scolaire (RESCOL) et l'apport d'une attention spéciale à l'égard de la politique étrangère liée aux droits de l'enfant au Canada et de l'aide publique au développement. Certains de ces éléments sont décrits en détail ci-dessous.

Au cours des années 1990, le gouvernement du Canada a pris des mesures pour améliorer le bien-être des enfants, notamment un nouvel ensemble de lois et une modification législative, des stratégies politiques et des plans d'action, des mesures fiscales qui profitent aux familles, des ententes avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, de nouveaux programmes améliorés et des initiatives de partenariat avec les secteurs bénévole et privé. Le présent rapport fournit une brève description de certaines des mesures importantes qu'a adoptées le gouvernement du Canada.

De plus, au cours des années 1990, les gouvernements fédéral et provinciaux ont travaillé de concert afin de faire de l'investissement dans les enfants une priorité nationale. Cette coopération entre les gouvernements au profit des enfants est un élément central du système de la Prestation nationale pour enfants (PNE) du Canada, du développement continu du Plan d'action national pour les enfants (PANE), et de l'initiative de développement de la petite enfance, qui a été lancée récemment.* Ces initiatives sont décrites en détail à la section 3 du présent rapport.

À moins d'indication contraire, le rapport ne décrit pas les mesures qu'ont prises les gouvernements provinciaux, bien que leurs répercussions se reflètent dans l'ensemble des progrès réalisés

* Bien que partageant les mêmes préoccupations sur le développement de la petite enfance, le Québec n'adhère pas au présent document fédéral-provincial-territorial parce que certaines de ses sections complètent sur ses compétences constitutionnelles en matière sociale. Le Québec entend préserver sa responsabilité pleine et entière pour développer, planifier, gérer et fournir des programmes visant le développement de la petite enfance. Conséquemment, le Québec s'attend à recevoir sa part de tout financement fédéral additionnel pour tout programme visant le développement de la petite enfance et ce sans nouvelles conditions.

AVANT-PROPOS

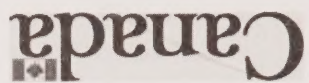
C'est avec plaisir que le Canada présente son rapport national au directeur exécutif de l'UNICEF, en vue de la session extraordinaire consacrée aux enfants enfants de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, qui se tiendra à New York du 19 au 21 septembre 2001. Le Canada, à titre de pays responsable de la tenue du Sommet mondial pour les enfants, est résolu à atteindre les objectifs fixés et à réaliser les idéaux du Sommet. Il souhaite aussi procéder à l'établissement des secteurs prioritaires éventuels qui toucheront les enfants au cours du nouveau millénaire.

Le présent rapport fait état des progrès réalisés par le Canada dans l'atteinte des objectifs établis lors du Sommet mondial pour les enfants en 1990. Il a été élaboré selon les directives qui touchent la préparation de rapports par les pays et qui ont été énoncées en 2000 par le directeur exécutif de l'UNICEF. Comme le stipulent ces directives, la structure et le contenu du rapport du Canada visent à établir des comptes rendus aux termes des traités internationaux tels que la *Convention relative aux droits de l'enfant*, les principaux plans d'action et exercices de comptes rendus des Nations Unies, et les nombreuses initiatives nationales liées à la responsabilité, au rendement du gouvernement et à la surveillance des résultats. Le rapport présente surtout un portrait des progrès réalisés par le Canada dans l'atteinte des objectifs du Sommet mondial pour les enfants; il s'est donc inspiré des autres exercices de comptes rendus sans pour autant faire double emploi avec ces derniers.

Le rapport ne recommande pas la prise en considération d'initiatives éventuelles pour la session extraordinaire consacrée aux enfants. Le Canada va plutôt continuer de contribuer en participant de manière active au travail du comité préparatoire mis sur pied par l'Assemblée générale des Nations Unies en prévision de la session extraordinaire.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	ii
1. Les enfants du Canada des années 1990.....	1
2. Processus de l'étude de fin de décennie.....	4
3. Mesures prises à l'échelle nationale et internationale.....	5
4. Progrès dans la survie, la protection et le développement des enfants.....	12
4.1 État de la <i>Convention relative aux droits de l'enfant</i>	13
4.2 Santé et hygiène.....	14
4.3 Sécurité alimentaire et nutrition.....	17
4.4 Condition de la fille et de la femme.....	18
4.5 Éducation des enfants et bien-être de la famille.....	20
4.6 Développement, éducation et alphabétisation des jeunes enfants.....	23
4.7 Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles.....	24
4.8 Enfants dans des conflits armés et dans l'édification de la paix.....	28
4.9 Protection de l'environnement.....	30
5. Leçons à tirer.....	32
6. Résumé.....	35
7. Annexes.....	36



Directeur exécutif de l'UNICEF, en vue de la session extraordinaire
de l'Assemblée générale de l'ONU, qui se tiendra
du 19 au 21 septembre 2001

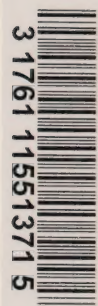
Présenté au

RAPPORT NATIONAL - CANADA
ÉTUDE DÉCENNALE DU SOMMET MONDIAL
POUR LES ENFANTS

On peut consulter cette publication par voie électronique au site Web
<<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/index.html>>

© Sa Majesté du chef du Canada, représentée par le Ministre des Travaux publics et
Services gouvernementaux Canada, 2002.

ISBN 0-662-66456-6
N° de cat. H21-165/2001



Rapport national – Canada : Étude décennale du Sommet mondial pour les enfants

